Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8170697
Centre d'intérêt: 98

Développement et application d'une méthode conceptuelle dans l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux / par Charlotte Ouimet-Cockburn... [et al.] ; présenté à la DGEC. -- Montréal : Collège Bois-de-Boulogne, 1981.
iii, 201 f. ; 28 cm.

"Projet Prosip, 1980-81". Bibliographie: f. 195-201.

Cote Dewey: 610.73'07/D489 Cote LC: RT/71

Descripteur(s): *Techniques biologiques *Méthode d'enseignement *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de nom: *Orem, Dorothy *Carnevali, Doris *Kissinger, J. F *Ritzman, R *Seymour, S

Identificateur(s) de sujet: *Techniques infirmières 180-601

Réalisée dans le cadre du cours collégial de Techniques infirmières 180-601 (soins infirmiers médico-chirurgicaux), cette recherche tente de remédier à l'incohérence régnant entre un enseignement théorique s'appuyant sur un modèle médical et un enseignement pratique (les stages s'appuyant sur le modèle conceptuel de Dorothy Orem). Il s'agit plus précisément de développer une méthode conceptuelle permettant d'utiliser le modèle Orem) dans l'enseignement théorique afin de réduire les difficultés d'apprentissage suscitées par l'écart entre la formation théorique et la formation clinique de l'étudiant.

La méthode conceptuelle de Kissinger, Ritzman et Seymour a été utilisée pour choisir les concepts susceptibles de mieux permettre l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre du cours. L'emploi de la méthode de Doris Carnaveli a permis d'analyser les concepts choisis. Quant au développement et à l'articulation des concepts, il s'inspire du guide de références de Carnaveli. Un choix de situations médico-chirurgicales permet d'illustrer chacun des concepts. L'évaluation de la méthode et de ses implications pédagogiques a été à peine esquissée, faute de temps.

L'essentiel du document présente les résultats de la recherche, c'est-à-dire le développement des sept concepts retenus (acuité, immobilité, modification de l'image corporelle, chronicité, réadaptation, envahissement, déséquilibre hydro-électrolytique) et une liste des situations médico-chirurgicales.

Type de document: d
Région(s) administrative(s): 063
Financement: Bénéficiaire - Collège Bois-de-Boulogne
Organisme(s) source(s) - MEQ - DGEC
Programme(s) de subvention - PROSIP

E D U Q 8170697

Auteur de l'analyse: ar

E D U Q 8170697

JUL 1981
REÇU
DIGEC

COLLEGE DE BOIS-DE-BOULOGNE

PROJET PROSIP, 1980-81

DEVELOPPEMENT ET APPLICATION D'UNE METHODE CONCEPTUELLE DANS L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS MEDICO-CHIRURGICAUX

Présenté à la DGEC

Par: Charlotte Ouimet-Cockburn
Ginette Prémont
Lina Rahal
Danielle Schmouth-Valois

Professeurs en techniques infirmières
au programme 180-601

MONTREAL

Juin 1981

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION.	1
A. DEMARCHES REALISEES.	4
1. Choix des concepts.	5
2. Analyse des concepts.	7
3. Développement des concepts.	12
4. Choix des situations médico-chirurgicales	16
5. Evaluation et implications pédagogiques de la méthode . .	18
6. Initiation des professeurs.	19
B. RESULTATS OBTENUS.	20
1. Développement des concepts.	21
- Acuité	22
- Immobilité	36
- Modification de l'image corporelle	47
- Chronicité	60
- Réadaptation	82
- Envahissement.	97
- Déséquilibre hydro-électrolytique.	114

Page

2. Liste des situations médico-chirurgicales. 128

CONCLUSION 133

ANNEXE I - Analyse des concepts. 137

ANNEXE II - Plan de développement modifié. 180

ANNEXE III - Relevé de statistiques canadiennes. 182

ANNEXE IV - Cédule de rencontres avec l'équipe 601 192

BIBLIOGRAPHIE. 194

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier très sincèrement toutes les personnes qui nous ont aidées et encouragées dans la réalisation de ce projet, et plus particulièrement madame Jacqueline Bouchard-Turcotte, aide pédagogique aux professeurs du collège de Bois-de-Boulogne, monsieur Claude Hamel, spécialiste en évaluation, ainsi que tous les professeurs de l'équipe 180-601 du département de Techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne dont l'intérêt manifesté pour ce projet et le support fourni nous ont été très précieux.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs sessions déjà, les professeurs du programme 180-601, c'est-à-dire de l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux, réalisaient qu'il existait un malaise dans leur façon d'enseigner cette matière.

En effet, la partie théorique de cet enseignement était basée sur un modèle médical, c'est-à-dire que le point de départ de l'enseignement du nursing médico-chirurgical était le processus pathologique, et que les interventions de l'infirmière étaient faites en rapport avec ladite pathologie. Par ailleurs, la partie clinique de cet enseignement (stages) était basée sur l'utilisation du modèle nursing de Dorothea Orem, celui-ci ayant l'avantage de permettre à l'infirmière d'exercer son action à partir des exigences de santé de la personne qui a besoin d'aide, plutôt que de le faire à partir des exigences médicales.

La philosophie sous-jacente à ces deux modèles (médical et nursing) n'étant pas la même, les professeurs trouvaient de plus en plus difficile de présenter un enseignement pratique et théorique harmonieux. Après plusieurs discussions départementales, il est apparu nécessaire de réduire cet écart en reformulant l'aspect théorique de notre enseignement d'une façon qui respecte notre approche philosophique, bien représentée par le modèle nursing.

Ce travail de reformulation s'avérant un défi de taille, il apparaissait impossible de le réaliser en plus de notre travail régulier. C'est pourquoi, en février 1980, quatre professeurs ont présenté un projet à PROSIP et, suite à une réunion tenue à Québec en mai 1980, une subvention a été accordée pour l'année 1981.

Grâce à cette subvention, quatre professeurs ont pu être déchargés de 25% de leur tâche et s'engager dans ce projet.

Le but général du projet était de trouver une solution visant à réduire l'écart existant entre la formation théorique et la formation clinique données aux étudiantes infirmières.

Dans ce rapport final, on trouvera, par ordre chronologique, une description de toutes les démarches entreprises pour la réalisation de ce projet, ainsi que les résultats de celles-ci, soit l'élaboration d'une nouvelle conception de l'enseignement théorique des soins infirmiers médico-chirurgicaux, qui nous l'espérons, nous permettra d'atteindre le but visé au point de départ.

Pour faciliter la lecture du présent rapport et aussi parce que la clientèle en techniques infirmières est surtout féminine, nous avons choisi d'utiliser les termes "infirmière" et "étudiante" au féminin plutôt qu'au masculin.

A : DEMARCHES REALISEES

Cette section vise à présenter les différentes étapes ayant permis d'atteindre l'objectif de cette recherche. A titre de rappel, ces étapes, au nombre de six, étaient:

1. Choix des concepts
2. Analyse des concepts
3. Développement des concepts
4. Choix des situations médico-chirurgicales
5. Evaluation et implications pédagogiques de la méthode
6. Initiation des professeurs.

ETAPE 1: CHOIX DES CONCEPTS

La première étape consistait à identifier des concepts qui serviraient de cadre de références pour l'apprentissage des soins infirmiers médico-chirurgicaux. L'article des professeurs de nursing Kissinger, Ritaman et Seymour, intitulé "Teaching Medical-Surgical Nursing by Concepts", nous a servi de point de départ pour le choix de ces concepts. On y énumérait plusieurs concepts se rapportant aux soins infirmiers, mais nous ne voulions pas les utiliser d'emblée. Nous trouvions plus utile de s'en

servir pour valider les concepts que nous allions choisir au cours de cette étape.

Cependant, nous avons retenu la démarche proposée dans l'article, c'est-à-dire qu'à partir de la question "Quels soins donne-t-on aux clients en nursing médico-chirurgical?", une liste fort imposante de soins généraux et spécifiques a été dressée. Une épuration de la liste a été effectuée en tenant compte de la fréquence et de la pertinence des soins illustrant la réalité du nursing médico-chirurgical, et les soins restants ont été regroupés dans des catégories, par thèmes, et de là sont issus les sept concepts-clefs suivants:

- acuité
- chronicité
- modification de l'image corporelle
- immobilité
- envahissement
- dérèglement des fonctions
- réadaptation.

Nous avions alors l'impression que ces concepts correspondaient à du vécu, à ce que nous croyions être le plus plausible et le plus représentatif des soins administrés dans notre milieu. L'analyse des concepts nous permettra de confirmer ou d'infirmer ce choix.

ETAPE 2: L'ANALYSE DES CONCEPTS

L'analyse des concepts a pour but d'en valider leur choix et d'amorcer l'étape du développement. Pour ce faire, nous avons retenu la démarche d'analyse proposée par Carnevali.*

En effet, cet auteur a mis au point une méthode pour élaborer un ensemble conceptuel et pour organiser les concepts en fonction d'une démarche nursing. Cette démarche d'analyse consiste à:

a) déterminer des propriétés permettant d'identifier le concept, soit:
   - les attributs communs décrivant le phénomène;
   - la marge, c'est-à-dire les limites permettant de circonscrire le phénomène;
   - les caractéristiques n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du phénomène.

b) articuler les différentes composantes du concept, c'est-à-dire identifier les sous-concepts découlant du phénomène et permettant de l'expliciter, de mieux en saisir la signification.

* Tiré du livre de Pamela Mitchel, Concepts Basic to Nursing, chap. 8.

c) vérifier la pertinence de chacun des concepts en décrivant de façon détaillée quelques situations-types permettant d'illustrer chacun des concepts.

d) identifier les stimuli en rapport avec chacun des concepts, en établissant une liste détaillée des comportements observés chez le client en situation-type.

e) préciser les attitudes de l'infirmière qui découlent de chacun des concepts en établissant une liste des interventions infirmières suggérées par tous les comportements du client observés dans les situations-types.

A la fin de cette étape, on fait du regroupement, on élimine certains sous-concepts et on amorce une ébauche de définition pour chacun des concepts. Les sept concepts-clefs choisis au départ sont conservés.

L'analyse de chacun des concepts est retrouvée dans l'annexe I, page 137.

Parallèlement à cette étape, nous avons rencontré des gens susceptibles de nous aider dans l'évolution de notre démarche et nous croyons utile de résumer ici ces rencontres.

- Madame Christiane Lohnes, consultante

Madame Lohnes est venue nous faire part d'une expérience réalisée au collège Dawson où l'on tente d'appliquer une méthode conceptuelle pour l'enseignement en techniques infirmières. Les concepts choisis sont inspirés du modèle-nursing de Virginia Henderson (confort, repos, activités, ...) et ils sont étudiés pendant toute la durée du cours, soit une période de trois ans. Cette rencontre fut particulièrement intéressante car elle nous a permis d'entrevoir une concrétisation de notre projet.

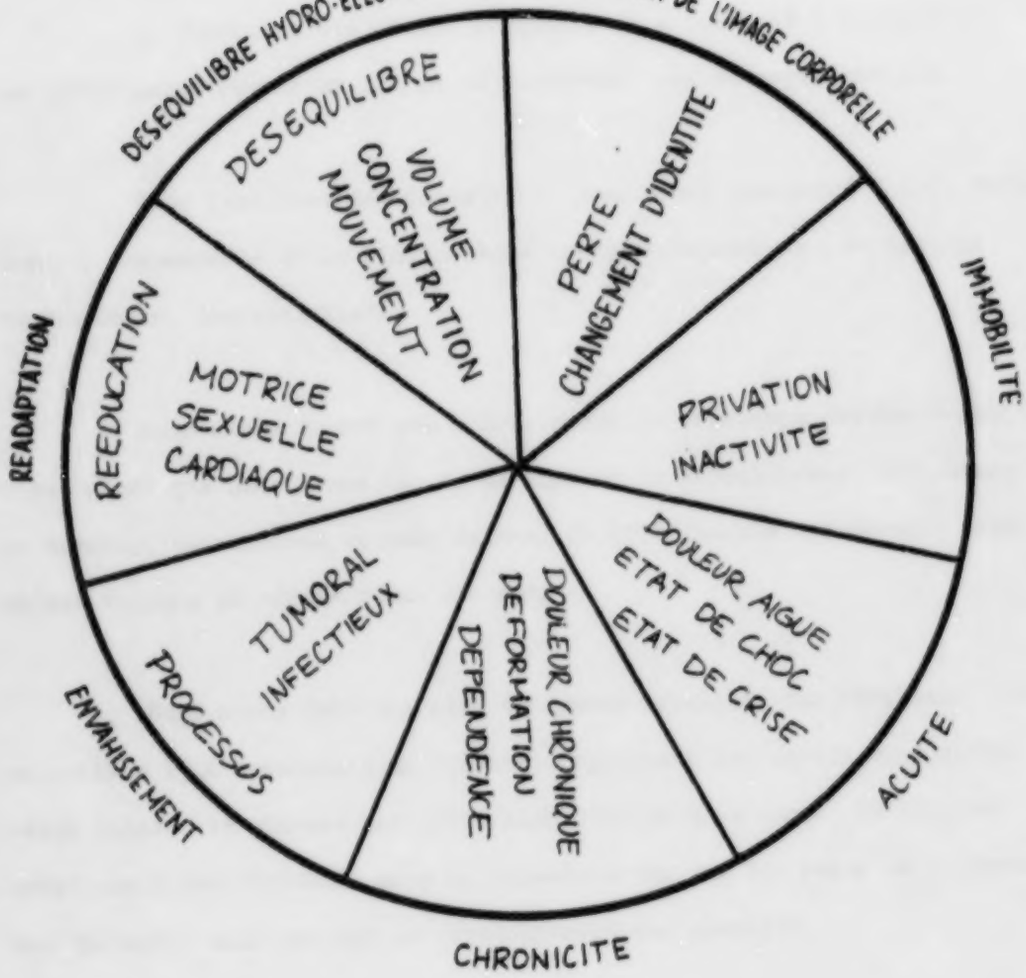
- Collège de Matane

Deux professeurs et un aide pédagogique de ce collège sont venus nous rencontrer pour échanger sur la méthode conceptuelle. Ils en étaient à s'interroger sur le choix d'un modèle en nursing et étaient préoccupés non seulement à répondre aux exigences des malades, mais aussi de la clientèle étudiante.

- Mademoiselle Alice Monty

Une rencontre informelle avec mademoiselle Monty a permis à deux membres de l'équipe de clarifier certains points et d'échanger sur les objectifs du projet ainsi que sur leurs implications pédagogiques.

C'est également au cours de cette période qu'une conception graphique des concepts et des sous-concepts a été mise en oeuvre (cf. le schéma à la page suivante).



SCHEMA ILLUSTRANT LE PROCESSUS DYNAMIQUE
DANS LEQUEL TOUS LES PHENOMENES (CONCEPTS)
PEUVENT ETRE INTERRELIES

De plus, nous avons effectué une revue de la littérature en vue de préparer l'étape suivante, soit le développement et l'articulation des concepts.

Le travail a été divisé en quatre et a consisté à inventorier les principales revues et livres se rapportant aux concepts choisis.

Pour faciliter cet inventaire, nous avons rencontré Claude Guilbeault, responsable de la bibliothèque de Bois-de-Boulogne, et Lysanne Ferron-Godin, documentaliste.

Nous avons trouvé peu d'écrits sur le développement des concepts. C'est alors que nous avons décidé de limiter le dépouillement aux revues de nursing, canadiennes et américaines, de 1970 jusqu'à maintenant, ainsi qu'aux volumes se référant aux concepts.

Nous avons fait une mise en commun régulière des résultats, pour en arriver à la création d'un fichier, regroupant les écrits sous différents thèmes, et classés par ordre alphabétique d'auteurs. Ce fichier constituait une véritable mine de connaissances sur les soins se rapportant aux concepts, mais peu sur le développement des concepts.

ETAPE 3: DEVELOPPEMENT ET ARTICULATION DES CONCEPTS

La démarche utilisée pour développer les concepts est inspirée de celle de Carnevali. Nous l'avons privilégiée parce qu'elle se révélait être un excellent instrument pour effectuer le développement des concepts. Des exemples illustrant l'utilisation de cette démarche nous permettaient d'en saisir toutes les nuances.

Voici le plan de développement et d'articulation des concepts inspiré de Carnevali (cf. page suivante).

Titre	Nom du concept.
Définition globale	Description générale du phénomène.
Etiologie	Evénements ou changements au niveau des mécanismes d'adaptation pouvant entraîner le phénomène.
Dynamique	Fonctions et mécanismes impliqués, le vécu de la situation, relations personnelles associées.
Différentiation du problème	Identification des critères pour différencier le phénomène d'un autre similaire.
Situations ou populations à risque	Groupes, individus ou situations que l'infirmière doit considérer pour faire son diagnostic.
Manifestations en rapport avec les self-care	Données objectives et subjectives à observer, se rapportant à chaque self-care, qui seront utilisées pour décider si le phénomène observé convient au concept.
Etat de santé recherché	Durée, direction, résultats probables ou possibles.
Exigences de self-care thérapeutiques	Identification des exigences de self-care thérapeutiques suite à l'analyse de ce qui suit: 1. des capacités et incapacités du client, 2. de ce que le client peut ou ne peut pas faire, 3. de l'établissement des priorités, 4. du choix du système de soins, 5. du choix du mode d'assistance.
Planification des actions à entreprendre	Planification des objectifs et des actions à entreprendre en fonction du système de soins, c'est-à-dire: 1. totalement compensatoire, 2. partiellement compensatoire, 3. système de support et d'éducation.
Evaluation	Critères que l'infirmière et le client peuvent utiliser pour juger de l'efficacité des actions posées en rapport avec les objectifs à atteindre.

Pour fin de clarification et en raison des difficultés éprouvées lors de l'utilisation du plan de développement, nous lui avons apporté les corrections suivantes:

- A l'item 6, nous avons remplacé les termes "modifications en rapport avec les self-care" par les termes "modifications en rapport avec les sous-concepts". Nous en étions toujours à développer les concepts et il allait de soi que les sous-concepts allaient mieux faire comprendre les concepts que ne le feraient les catégories de self-care. En effet, la notion de self-care faisant davantage référence à des activités que l'individu accomplit pour se garder en santé, cette notion était trop précise pour expliquer les généralités du concept en rapport avec les manifestations (cf. annexe II, page 180).

- A l'item 8, nous avons commencé à articuler les concepts en fonction du modèle nursing d'Orem. Nous avons identifié des exigences de self-care thérapeutiques, non pas à partir des données recueillies en observant le client, ni à partir du système de soins établi, mais à partir des données recueillies en analysant chaque sous-concept. Il fallait demeurer au niveau des généralités des sous-concepts et c'est pourquoi nous avons effectué cette deuxième modification (cf. annexe II, page 180).

- A l'item 9, la planification des actions à entreprendre se ferait en fonction des exigences de self-care thérapeutiques reliées à chaque sous-concept et non pas en fonction du système de soins. Et comme les objectifs de soins se devaient d'être formulés en termes de comportements du client et que nous en étions toujours au niveau des généralités du concept, nous avons décidé de laisser tomber cette étape.

Chacun des concepts sera développé à partir de ce plan et cette étape constitue la partie la plus importante du présent rapport. Ces concepts développés font entre autre l'objet de la deuxième partie du rapport intitulée "Résultats obtenus".

Il est à noter que le concept de dérèglement des fonctions a été rejeté parce que nous avons réalisé que tous les concepts développés se référaient à un dérèglement de fonctions. De plus, ce concept était si vaste qu'il était difficile de le cerner. Inévitablement, on arrivait à l'étude de certaines fonctions de l'organisme que l'on privilégiait, sans toutefois être capable de justifier notre choix. Alors nous avons décidé de choisir le concept de déséquilibre hydro-électrolytique pour le remplacer puisqu'il regroupait des conditions rencontrées très fréquemment chez les clients hospitalisés. De plus, étant donné que ce concept se référait particulièrement à la physio-pathologie, nous croyions assurer un meilleur équilibre du contenu de nos concepts, puisque d'autres concepts touchaient davantage l'aspect psycho-social.

ETAPE 4: CHOIX DES SITUATIONS

Pour mieux faire comprendre et illustrer chacun des concepts, des situations médico-chirurgicales ont été choisies. Pour faire ce choix, nous avons utilisé trois moyens.

Premièrement, nous avons analysé en détail le plan de cours du 180-601. Une liste complète des pathologies enseignées a été dressée.

Deuxièmement, nous avons étudié les statistiques principalement à partir de deux sources de références: Lalonde et le Rapport de la statistique de l'état civil (cf. annexe III, page 182). Malheureusement, nous avons éprouvé une certaine difficulté à interpréter les statistiques compilées à partir de ce dernier document. On décelait certaines incompatibilités avec d'autres données, comme par exemple dans le cas du cancer du sein. Il est relevé dans les statistiques que le Québec est au huitième rang au Canada pour ce qui est de la mortalité attribuée au cancer du sein, alors que le docteur René Simard, chercheur à l'Institut du cancer de Montréal, lors d'une conférence prononcée à Bois-de-Boulogne, faisait état des ravages causés par le cancer du sein au Québec. Il ajoutait même qu'au Québec, le cancer du sein se classait au premier rang de la morbidité attribuée au cancer, et ce devant les pays du Royaume-Uni et les Etats-Unis.

Des imprécisions dans ce document ou peut-être trop de précisions dans la catégorisation de certaines pathologies, nous en ont rendu l'utilisation difficile.

Troisièmement, nous avons révisé les objectifs des examens du droit de pratique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Nous avons retenu les situations cliniques les plus souvent retrouvées dans les hôpitaux et dans la population en général, celles devant apporter le plus d'expérience clinique à l'étudiante, celles le plus difficilement vécues par l'être humain et enfin celles allant au maximum refléter l'esprit de chacun des concepts et des sous-concepts.

A notre avis, ces situations choisies allaient faire très bien saisir l'esprit des concepts, mais à travers cette méthode conceptuelle, il fallait éviter la compartimentation des concepts et plutôt permettre à l'étudiante d'avoir une vision des soins plus globale et plus unifiée. C'est alors que naquit l'idée des situations d'intégration permettant la compréhension de plusieurs concepts à la fois.

Dans la deuxième partie du rapport, intitulée "Résultats obtenus", une liste des situations choisies pour chacun des concepts a été dressée ainsi qu'une liste des situations d'intégration.

ETAPE 5: EVALUATION ET IMPLICATIONS PEDAGOGIQUES DE LA METHODE

Lors du rapport d'étape en janvier, nous avions fait part à madame Louise Des Trois-Maisons, responsable du programme de subvention à l'innovation pédagogique, qu'à cause des limites de la subvention, nous ne prévoyions pas pouvoir faire cette étape du projet.

L'évaluation de la méthode s'est donc limitée à recueillir un feed-back informel auprès des membres de l'équipe 601 (nursing médico-chirurgical) par le biais de rencontres de groupe. Ce feed-back fut très positif vis-à-vis les objectifs de la recherche et l'élaboration de la méthode. De plus, ces rencontres ont suscité beaucoup d'interrogations au niveau des implications pédagogiques. Suite à notre réflexion et aux interrogations de l'équipe 601, plusieurs questions ont surgi concernant l'application de la méthode, à savoir: Dans quel ordre chronologique les concepts devraient-ils être présentés? Comment articuler ces concepts et leur contenu dans un plan de cours? Quelle méthode pédagogique faciliterait l'apprentissage de l'étudiante et correspondrait le mieux à l'enseignement par concepts?

ETAPE 6: INITIATION DES PROFESSEURS

Cette initiation s'est faite par les rencontres avec l'équipe 601 (cf. annexe IV, page 192) où chacune des quatre personnes de l'équipe de travail a présenté et expliqué les concepts qu'elle avait développés.

Egalement, lors d'une réunion des professeurs du département de Techniques infirmières, une présentation du projet a été faite. d'où s'ensuivirent de nombreux échanges informels et même un plus formel avec l'équipe de pédiatrie.

Le projet fut accueilli très positivement par l'ensemble des professeurs.

B : RESULTATS OBTENUS

1.-- DEVELOPPEMENT DES CONCEPTS

ACUITE

Définition

Phénomène subit qui entraîne des modifications importantes des paramètres vitaux ainsi que de l'état mental d'un individu. La personne, terrassée soudainement par une maladie ou un traumatisme, est privée de son indépendance et puis transplantée dans un milieu qui lui est étranger: l'hôpital. Il s'agit alors d'une crise importante pour la personne et sa famille (Cécile Boisvert, 1971).

Toute situation de crise est une période très intensive de bouleversements, mais non sans fin. Les crises sont limitées en temps; elles durent au plus six à huit semaines, mais peuvent aussi ne durer que quelques heures (Daniel Johnston, 1978).

Les sous-concepts faisant partie du concept primaire de l'acuité que nous privilégions sont: l'état de choc, l'état de crise et la douleur aigue.

Etiologie

Le phénomène d'acuité survient lorsque la demande d'énergie à l'organisme est excessive et peut dépasser sa capacité d'en fournir. Les mécanismes régulateurs sont alors incapables de maintenir l'homéostasie. En effet, certains stresseurs sont si puissants qu'ils causent un déséquilibre menaçant même la vie! Il y a par exemple les traumatismes soudains, accidentels, la crise cardiaque, la chirurgie majeure, pour n'en nommer que quelques-uns. Il y a aussi des stresseurs de moindre intensité mais qui s'ajoutent à d'autres déclenchant le phénomène d'acuité.

Dynamique

Pour comprendre le phénomène d'acuité, il est nécessaire de revoir le syndrôme général d'adaptation, décrit par Hans Selye, qui se déroule en trois phases: la réaction d'alarme, la résistance (adaptation) et le stade d'épuisement. C'est vraiment au stade 3 que la résistance ne peut être maintenue et que s'ensuit l'altération des fonctions psycho-physiologiques. Le client en phase aiguë a besoin d'aide pour s'adapter ou résister sans quoi il passera vite à la troisième phase, l'épuisement. Les principales voies neuro-endocriniennes impliquées dans la réponse et la résistance au stress sont le système nerveux sympathique, l'hypothalamus

et le système endocrinien (M. Smith et Hans Selye, 1979).

Etat de choc

L'état de choc est un terme général employé pour décrire un état clinique causé par une déficience circulatoire aigüe entraînant une perfusion inadéquate des tissus (Mitchell, 1977).

L'état de choc est traité ici parce qu'il illustre bien les mécanismes psycho-physiologiques impliqués dans le phénomène d'acuité. Les différents types d'état de choc seront différentiés et étudiés.

Etat de crise

Tout client atteint soudainement d'une maladie ou d'un traumatisme vit une situation psychologique potentiellement dangereuse, parce qu'il est menacé de perdre sa vie, de perdre une fonction corporelle et/ou de perdre ses relations sociales. Il devient vulnérable et a besoin d'aide. Cette condition est désignée par le terme "état de crise" (Sandra Hickskuenzi et Mary V. Fenton, 1975).

De plus, lorsqu'une maladie et/ou un traumatisme force un individu à remettre le contrôle de son corps à un étranger, celui-ci peut ressentir de l'impuissance. En effet, on peut affirmer que plus la situation ou la maladie du client est aiguë, moins le client sent qu'il a du pouvoir.

Il y a essentiellement deux causes possibles au sentiment d'impuissance vécu par le client en crise: la perte de contrôle et le manque de connaissance. La perte de contrôle implique la perte de maîtrise sur son corps, son comportement et sur son environnement. Le manque de connaissance comporte une insuffisance d'information face à la maladie et ses implications sur le bien-être de la personne, sa famille et sa vie future (Roberts, 1976).

La famille du client vit également une période de crise. La famille doit faire face au choc de la maladie d'un de ses membres; elle doit faire face à l'environnement hospitalier, à la fois inconnu et alarmant; puis elle doit faire face à une réorganisation interne des tâches pour suppléer celles qui étaient dévolues à la personne malade. L'infirmière doit donc aider la famille à retrouver son équilibre, parce que la récupération du client malade dépend de beaucoup du support qu'il obtiendra de sa famille (Roberts, 1976).

Le client en crise peut manifester son anxiété par la colère, la négation, la dépression, ... Il pourra même manifester de la

confusion. En effet, des facteurs physiologiques et psychologiques associés à une hyperstimulation de l'environnement (par exemple les unités de soins intensifs) réunissent toutes les conditions propices pour occasionner des états confusionnels (Sandra Hicks Kurenzi, Mary V. Fenton, 1975; Margaret Adams et al., 1978; Robert C. Lee et Patricia A. Ball, 1975).

Douleur aiguë

La douleur aiguë fait souvent partie du profil d'un individu en crise. C'est pour cette raison que nous avons décidé de traiter de ce concept comme faisant partie du phénomène d'acuité.

Sternback définit la douleur comme un concept abstrait qui se réfère premièrement à une sensation personnelle de "mal"; deuxièmement, à un stimulus malin pouvant entraîner des dommages tissulaires; troisièmement, à un ensemble de réponses mis en branle pour protéger l'organisme de blessures (Jacox, 1979).

Par opposition à la douleur chronique, la douleur aiguë a un commencement et une fin. Elle peut être classifiée de modérée, faible ou sévère et elle a un "but" dans le sens qu'elle attire l'attention de la personne de sorte qu'une thérapie corrective peut être introduite (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1978).

La description de la douleur aiguë est très importante parce qu'elle va permettre d'établir un diagnostic et de soulager le client le plus tôt possible. Plus la durée est longue et plus sévère est la douleur, plus l'individu est susceptible de s'épuiser. Pour ce faire, toutes les caractéristiques et les réactions à la douleur devront être décrites avec précision: la nature, le site, l'intensité, la durée, les réactions psychologiques du client (verbales et non verbales), les manifestations du système nerveux autonome et les réactions musculo-squelettiques. De plus, des facteurs socio-culturels doivent être pris en considération dans l'évaluation de la douleur (Mitchell, 1977; Jacox, 1979).

Différentiation du problème

Le concept d'acuité n'est pas utilisé ici dans le sens de "faculté" auditive, visuelle, intellectuelle, ... Il se réfère essentiellement à la phase aiguë ou critique d'une maladie ou d'un traumatisme.

Dans notre étude, le phénomène d'acuité a pour point de départ une cause d'ordre physique entraînant des réactions d'ordre physique et psychologique; l'état de crise traité ici comme sous-concept se réfère au vécu émotionnel d'un individu en situation de crise.

Populations ou situations à risque

- Le jeune adulte sujet aux accidents de la route et du sport
- le jeune adulte et l'adulte sujets aux accidents de travail
- l'adulte de sexe masculin prédisposé à la crise cardiaque
- l'adulte souffrant de maladies chroniques (ex.: diabète, emphysème, troubles rénaux, ...)
- la femme ménauposée prédisposée à la crise cardiaque, les maladies gynécologiques, ...
- la personne âgée (les mécanismes d'adaptation étant au ralenti)
- toutes maladies dont le degré de virulence est suffisamment grand pour déclencher le phénomène d'acuité (ex.: leucémie aiguë, infection aiguë, ...)
- des facteurs socio-affectifs (ex.: personnalité, crise de maturation ou de situation prédisposant l'individu à des maladies subites).

Etat de santé recherché

Le but des soins infirmiers dans l'étude du phénomène d'acuité serait d'assister le client à rétablir son homéostasie le plus rapidement possible et à maintenir sa résistance (adaptation).

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Etat de choc Données subjectives: - faiblesse généralisée - étourdissement - dit avoir très peur - parfois, soif Données objectives: - diminution de la pression artérielle - augmentation du pouls, faible - augmentation de la respiration - irritabilité - pâleur - peau froide, moite - diminution du débit urinaire - parfois confusion et diminution de l'état de conscience (ex.: désorienté dans le temps)	Il faut: 1) restaurer ou maintenir une oxygénation adéquate; 2) restaurer et maintenir une circulation sanguine adéquate; 3) que le client parvienne à se reposer et se calmer; 4) prévenir des complications telles que décompensation cardiaque.	N.B.: Le client en phase aiguë est surtout dans le système totalement compensatoire, parfois dans le système partiellement compensatoire. 1) Administrer de l'oxygène: - faire intuber ou poser un tube de Guédel au besoin; - placer en position Fowler si difficulté respiratoire. 2) Arrêter l'hémorragie au besoin: - placer dans la position de Trendelenbourg (modifiée)si applicable; - installer un cathéter endo-veineux ou un "papillon" pour administrer des liquides ou du sang en remplacement et/ou administrer des médicaments d'urgence (ex.: lévofed, corticoïdes, adrénaline); - insérer une sonde à demeure pour mesurer le débit urinaire horaire;	Critères: - respiration et signes vitaux dans les limites de la normale - bonne chaleur et couleur des téguments - vigilant - orienté dans le temps, l'espace et aux personnes - est détendu lorsqu'il est éveillé et pendant le sommeil.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		- faire des ponctions veineuses sanguines (ex.: pH, PCO_2, PO_2, BA, Hb, Ht); - garder le client chaud, mais ne pas trop le couvrir; - surveiller les signes vitaux q 15 min., p.r.n. 3) Si le client est conscient, le rassurer, lui expliquer ce qui se passe brièvement et simplement: - avoir une attitude et des gestes calmes; - éliminer les bruits, les lumières inutiles. 4) En plus des éléments de surveillance mentionnés plus haut, il importe de surveiller les signes de décompensation cardiaque: veines du cou distendues, râles pulmonaires, agitation, ...	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Etat de crise Données subjectives: (exemples) - se sent abandonné et très menacé - sent qu'il tremble intérieurement - veut se sauver de la situation ou se sent immobilisé, incapable de réagir - ressent de l'hostilité face aux personnes qui s'occupent de lui - se sent coupable - fait des cauchemars - ne voit pas ce qui se passe autour de lui; sa perception est altérée. Données objectives: - peut être irritable, même agité ou très amorphe - replié sur lui-même - peut avoir une voix tremblante - peut parler beaucoup ou très peu - peut avoir de la difficulté à se concentrer ou penser	Il faut que le client et/ou la famille parvienne à: 1) transmettre (verbalement ou non) ses besoins et être réceptif à la communication des autres; 2) maintenir des relations interpersonnelles productives; 3) exprimer ses émotions, ses pensées (positives ou négatives); 4) maintenir un fonctionnement intellectuel et sensoriel adéquat; 5) se reposer, relaxer et dormir; 6) se protéger des blessures physiques.	1) Rassurer le client et/ou sa famille verbalement; lui dire que ses réactions sont adéquates, "qu'il n'est pas fou"; ne pas le critiquer négativement; procurer une atmosphère d'acceptation; lui dire que son anxiété va diminuer avec le temps; lui offrir de l'espoir; lui expliquer brièvement, dès que possible, ce qui se passe et pourquoi. 2) Demeurer avec le client le plus possible; être calme, l'approcher sans presse; grouper les soins infirmiers à prodiguer; se limiter à l'essentiel; utiliser des moyens pour le faire relaxer: massage, respiration, sédation, ... 3) Favoriser les contacts avec la famille et les amis: visites, téléphone.	- Communique adéquatement et est réceptif à la communication des autres; - est confiant, à l'aise dans ses relations avec le personnel, sa famille et accepte le support offert; - exprime aisément ce qu'il ressent; - identifie bien les objets dans son environnement; - répond correctement au toucher; - est vigilant; - bien orienté dans le temps, l'espace et aux personnes;

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- peut être irritable dans ses réponses - peut refuser des traitements - peut avoir des signes physiologiques de stress: augmentation du pouls, de la respiration, de la pression artérielle et de la diaphorèse - peut avoir de la difficulté à dormir - peut avoir l'air bouleversé - peut être hypersensible - peut pleurer - dans certains cas, une désorientation progressive peut s'installer (dans le temps, puis dans l'espace et finalement aux personnes), de la confusion avec hallucinations visuelles, auditives et du délire paranoïde.		4) Ecouter attentivement; donner du feed-back face à l'expression des émotions; explorer les raisons pour se culpabiliser; le/les renforcer dans sa/leur évaluation réaliste de la situation (client, famille, amis); demander des questions qui encouragent des réponses réalistes. 5) Stimuler le client en lui parlant, en le touchant, en le mobilisant; organiser l'environnement le plus plaisant que possible, en tenant compte des goûts du client; diminuer dans la mesure du possible les bruits, les lumières, ...; encourager la participation aux soins. 6) Orienter fréquemment le client dans le temps, l'espace, puis aux personnes; évaluer son état mental. 7) Lui mettre des contraintes physiques s'il est confus et/ou agité; lui donner les médicaments prescrits: sédation, calmants, ...	- est détendu lorsqu'il est éveillé et pendant le sommeil; - aucune blessure physique visible.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		8) Surveiller de près les analyses de sang (ex.: pH, PCO_2, PO_2, ...), des résultats anormaux entraînent souvent des modifications de l'affect.	
Douleur aiguë Données subjectives: - nature ou qualité: douleur constrictive, sous forme de crampe, sous forme de brûlement, en coup de poignard, sous forme d'élancement, douleur rongeante, piquante, lancinante, ... - distribution: locale, généralisée ou s'irradiant - durée: continue ou intermittente - début: aigu, soudain, graduel	Il faut que le client parvienne à: 1) se relaxer et se reposer; 2) être confortable, sa douleur étant diminuée ou totalement disparue	1) L'approcher délicatement, sans se presser. 2) Le rassurer que sa douleur va disparaître. 3) Lui manifester de l'empathie face à sa douleur. 4) Le placer dans la position la plus confortable que possible; changer sa position graduellement avec douceur. 5) Supporter la partie du corps qui est affectée, élever le membre au besoin.	- Apparence physique de confort: expression non verbale; - expression verbale de soulagement, de confort; - est détendu, lorsqu'il est éveillé et pendant le sommeil.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- intensité: légère, modérée à très sévère, augmentée parfois par le mouvement ou un changement de température - niveau: superficiel ou profond. Données objectives: - irritable, sans position - parfois rougeur, chaleur locale - manifestations du système nerveux autonome: augmentation du pouls, de la pression artérielle et de la respiration; diminution du pouls et de la pression artérielle - manifestations du système musculo-squelettique: contraction des muscles de la région affectée, grimace - faciès crispé, visage tendu.		6) Echanger avec le client sur les moyens qu'on peut prendre pour le soulager. 7) Appliquer de la chaleur ou du froid selon le cas. 8) Faire des massages délicats selon le cas. 9) Demander au client ce qui le soulage. 10) Enlever les vêtements trop serrés. 11) Lui donner la médication analgésique promptement. 12) Evaluer la durée de la douleur, l'efficacité des mesures employées pour le soulager. 13) Lui expliquer les raisons de la douleur et l'effet attendu des moyens employés pour le soulager.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		14) Utiliser des moyens de diversion (ex.: télévision, musique, ...).	

L'IMMOBILITE

Définition

Restriction totale ou partielle de mouvement, prescrite ou inévitable, entraînant des conséquences dans toutes les sphères de l'activité, soit physique, émotive, intellectuelle et sociale, et perturbant la réalisation des activités de self-care (Carnevali, 1970; Mitchell, 1973). Ces conséquences sont dues principalement à la privation et à l'inactivité.

Etiologie

La perte ou la diminution de mouvement survient soit à cause d'une perturbation organique ou d'une exigence de traitement. Le phénomène d'immobilité se manifeste dans les exemples suivants:

- des maladies physiques entraînant des perturbations physiologiques, telles que diminution d'énergie, troubles d'innervation, diminution de la force musculaire;

- le confinement à un espace restreint tel que lit, chambre, unité de soins, comme c'est le cas entre autres pour l'opéré, le traumatisé, le leucémique, le mourant, le contagieux;

- les conséquences physiologiques du vieillissement entraînant une diminution de mobilité à tous les niveaux d'activité de l'organisme.

Dynamique

La capacité de bouger librement est un des principaux attributs par lequel l'homme se définit, s'exprime et par lequel il peut évaluer sa santé et sa condition physique (Mitchell, 1973).

Le mouvement est une façon de s'exprimer (gestes, manières, expressions faciales); l'activité motrice permet de libérer les tensions (cris, pleurs, coups, exercices physiques); la conception de la santé est intimement reliée à la notion de performance ("je pouvais faire ceci ... je ne peux plus faire cela") (Mitchell, 1973).

La fonction motrice est assurée par trois composantes essentielles, soient le système nerveux central, les muscles et les os. Des

perturbations de l'une ou de l'autre de ces composantes affectent la fonction motrice et ont des répercussions sur les différentes sphères d'activité, soit physique, émotive, intellectuelle et sociale.

Nous avons retenu deux phénomènes principaux découlant de cette perturbation de mouvement:

Le phénomène de privation

Où l'individu est privé de choses nécessaires, soit par les circonstances ou volontairement (Roberts, 1976). Le phénomène de privation sera pris ici sous son aspect sensoriel où les organes des sens reçoivent des messages modifiés par la diminution de mouvement et l'immobilité (Mitchell, 1973; Thompson, 1973; Down, 1974).

L'immobilisé doit s'habituer à de nombreux stimuli nouveaux, alors que ceux avec lesquels il était familier lui manquent. Bolin rapporte l'expérience de Lindsey qui mentionne le fait que le R.A.S. (système d'activation réticulée fait d'un dense réseau de neurones dont la formation réticulée est le noeud central) est habitué à un certain niveau d'activité, lequel est projeté au cortex et est nécessaire pour une perception, un apprentissage et une émotivité normale. Quand ce système régulateur est dérangé par des perturbations de l'influx sensitif, sous forme d'une

augmentation, d'une diminution ou d'une modification des stimuli, des ajustements sont faits pour compenser, sinon il y a répercussion sur le comportement. Schultz dit que ce n'est pas seulement la quantité des stimulations qui est importante pour le cortex mais aussi la qualité. Un environnement significatif prédispose à un comportement normal.

Mitchell mentionne aussi que les limites d'espace (lit, chambre, unité de soins), que les contacts restreints avec les gens (personnel médical, visiteurs) ainsi que les stimulations intellectuelles diminuées constituent des privations sensorielles, qui, à leur tour, ont des effets physiologiques et psycho-sociaux.

Comme effets psycho-sociaux, nous pouvons mentionner l'anxiété, l'ennui, l'utilisation exagérée des moyens de défense, la difficulté à se concentrer et à résoudre les problèmes, la perte d'orientation dans le temps et dans l'espace, les rêves, les hallucinations visuelles et auditives. Quant aux effets physiologiques, ils seront mentionnés dans la description du phénomène d'inactivité.

Le phénomène d'inactivité

Fait référence au phénomène d'immobilité où le manque d'activité, total ou partiel, affecte l'aspect moteur de l'organisme. Les mécanismes

impliqués dans l'étude de ce phénomène d'inactivité seront ceux qui ont des effets sur les fonctions des systèmes cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, musculo-squelettique, urinaire, ainsi que sur l'équilibre psycho-social.

Différentiation du problème

L'immobilité est considérée ici comme:

- étant le résultat de perturbations causées par des traumatismes ou par des maladies physiques;
- affectant les composantes du mouvement, soient le système nerveux central, les os et les muscles.

L'immobilité ne sera pas considérée comme étant le résultat de troubles psychologiques ou sociaux bien que le phénomène inverse sera étudié.

L'accent sera davantage mis sur l'immobilité prolongée.

Populations ou situations à risque

- Jeunes adultes et adultes dont les conditions de vie active les rendent susceptibles aux accidents de la route, du travail et du sport;

- les personnes âgées dont les maladies dégénératives (ostéoporose, artériosclérose) les soumettent davantage aux traumatismes, aux accidents vasculaires cérébraux.

Etat de santé recherché

- Le maximum de mouvement possible avec le minimum de séquelles.

- La prise en charge des activités de self-care, celles davantage reliées à l'activité physique.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Inactivité Données objectives: - retenu au lit par des moyens mécaniques: plâtre, traction, ... - lits spéciaux - ne bouge pas seul ou éprouve de la difficulté à le faire - mouvements des membres ralentis - force musculaire diminuée - réagit peu aux stimuli - mouvements respiratoires moins amples - constipé - urines plus concentrées - digère mal - manifeste de la colère à l'occasion Données subjectives: - dit que ses forces ont diminué - se sent dépendant - a peur de ne plus pouvoir bouger comme avant	- Se mobiliser seul ou être mobilisé (dépendant si l'inactivité est partielle ou totale). - Réduire au maximum les effets de l'inactivité sur les systèmes organiques: . cardio-vasculaire . respiratoire . gastro-intestinal . urinaire - Retrouver son indépendance le plus possible dans la réalisation de ses activités de self-care (manger, boire, se laver, ...) - Exprimer ses sentiments face au recouvrement de la capacité de se mouvoir et organiser sa vie en conséquence.	1) Stimuler les exercices actifs et faire faire les exercices passifs. 2) Changer de position régulièrement (q 2 h). 3) Frictions fréquentes (q 2 h). 4) Installer en position physiologique. 5) Eviter la manoeuvre de Valsalva. 6) Faire faire les exercices respiratoires. 7) Installer un humidificateur. 8) Mettre au menu des aliments riches en cellulose. 9) Encourager l'hydratation.	- Fait régulièrement les exercices actifs: pas de diminution de la force musculaire; articulations souples; aucune rougeur aux points de pression. - Expire lorsqu'il fait des efforts. - Amplitude respiratoire profonde; pas de râles bronchiques. - Selles à chaque jour, de consistance normale. - Diurèse de 1400 cc; urines sans anormalités.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS À ENTREPRENDRE	EVALUATION
- dit qu'il est découragé.		10) Rassurer le malade en faisant ses activités de self-care à sa place s'il en est incapable ou l'aider. 11) L'assister et l'encourager lors de la reprise des activités (ex.: accepter la lenteur et les maladresses). 12) Utiliser des moyens visant à compenser les déficits (ex.: chaises, supports, ustensiles de cuisine, ...) 13) Adopter une attitude d'écoute. 14) Accepter les sautes d'humeur. 15) Favoriser les contacts avec d'autres gens dans la même situation que lui.	- Très bonne participation aux activités. - Fait tout ce qu'il peut de lui-même. - Ne se décourage pas s'il subit des échecs. - Accepte et utilise les moyens mis à sa disposition. - Réorganise sa vie. - Fait des projets pour le futur. - Organise son environnement physique pour être le plus mobile possible.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Privation Données objectives: - somne souvent - réclame constamment une présence - ou se retire dans son monde - pleure - fait des "avances" à l'infirmière - a des périodes d'agressivité - périodes d'ennui - a de la difficulté à prendre une décision, à résoudre un problème. Données subjectives: - fait des cauchemars - rapporte des hallucinations - dit qu'il se sent isolé et seul - dit qu'il a peur de perdre famille et amis - dit qu'il ne sait plus ce qui se passe à l'extérieur, qu'il a perdu de l'intérêt	- Garder contact le plus possible avec le milieu environnant et le monde extérieur.	1) Bien organiser le milieu physique immédiat (objets à la portée de la main, ...). 2) Sortir le malade de sa chambre si possible (solarium). 3) Favoriser les rencontres avec d'autres malades. 4) Procurer livres, journaux, jeux, radio, télé, ... 5) Obtenir des laissez-passer pour que la famille vienne plus souvent. 6) Faire participer la famille aux soins. 7) Favoriser l'intimité lorsqu'il y a présence de la famille.	- Parle avec le personnel et les autres malades. - Lit les journaux, regarde la télé. - Heureux de voir sa famille et les autres visiteurs. - Echange sur des événements qui se passent à l'extérieur de l'hôpital.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- dit qu'il entend des bruits - pense que l'on parle de lui.	- Garder en éveil les facultés et les sens du malade.	8) Visiter fréquemment le malade, surtout la nuit. 9) Faire participer aux soins le plus possible. 10) Inviter le malade à échanger sur les phénomènes nouveaux qu'il vit: bruits, voix, odeurs, rêves, ... 11) Le rassurer. 12) Eviter de prendre les décisions à la place du malade. 13) Fournir des éléments pour que le malade résolve ses problèmes. 14) Consulter le malade pour établir le plan de soins. 15) Aborder le sujet de la sexualité. 16) Favoriser l'intégration au milieu hospitalier:	- Participe bien aux soins; fait ce qu'il est capable de faire. - Explique les sensations nouvelles qu'il expérimente. - Demande que l'on fasse des choses pour lui; qu'on lui donne ce dont il a besoin. - Expose ses difficultés; demande conseil à l'infirmière, au médecin. - Règle des "choses" à son travail, dans ses affaires ou manifeste de l'intérêt.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		présentation des gens, du matériel, des lieux, ...	- Répond adéquatement aux demandes qui lui sont faites.
	- Rester le plus indépendant possible.	17) Favoriser la prise en charge des self-care.	- Fait tout ce qu il peut de lui-même.

MODIFICATION DE L'IMAGE CORPORELLE

Définition

Tout changement de l'image mentale que l'on se fait de soi-même concernant l'apparence extérieure, les sentiments et les valeurs personnelles, de nature à entraîner une réaction de deuil en cas de perte; cette réaction est surmontée seulement lorsqu'une nouvelle identité se reforme (Taggart, 1977).

Etiologie

La modification de l'image corporelle survient lorsqu'un individu se voit obligé de changer son identité pour en former une nouvelle, mieux adaptée au changement de la structure ou de la fonction de son corps.

Ce changement pourra se produire à la suite des expériences suivantes:

- après une intervention chirurgicale ou un traumatisme de nature à entraîner des changements structuraux et/ou fonctionnels (amputation, colostomie);

- lorsqu'il y a nécessité d'implanter des appareils de remplacement et/ou de soutien pour suppléer à une fonction;

- lorsque la maladie laisse des séquelles visibles ou non (dermatite, déformation articulaire, diabète, infarctus);

- lorsque l'âge avancé modifie l'apparence du corps;

- lorsque l'entourage significatif de la personne est l'objet d'un changement (parents, conjoint, amis, biens matériels).

Dynamique

L'image corporelle est l'ensemble des données conscientes et inconscientes, des sentiments et des perceptions (lesquels sont en constante évolution) que l'on se fait au sujet de notre corps. Cette image que l'on se fait de soi est différente de l'image des autres. C'est une création sociale développée à partir des perceptions qui nous sont réflétées par

l'entourage impliqué dans les activités habituelles de la vie. Ces perceptions concernent autant l'apparence extérieure de notre corps que les réponses aux sensations venant de l'extérieur. L'image corporelle est le fondement de l'identité et a été nommé l'ego somatique (Carlson, 1970).

La normalité se mesure par l'apparence, la façon de se mouvoir, de faire des gestes. L'approbation et l'acceptation soulignent la normalité et des sanctions douloureuses sont infligées si on dévie à la normalité. L'individu reçoit sans cesse des stimuli le forçant à se conformer aux normes établies par la société. La normalité est donc un état qui correspond à ce qui doit être, c'est-à-dire en accord avec un modèle-type. Tendre vers la normalité est une nécessité, mais chaque individu peut se comporter différemment selon ses propres valeurs. Cette notion est très importante dans l'étude du phénomène de la modification de l'image corporelle, car toute déviation à la notion de normalité (normes, valeurs) entraîne automatiquement un réajustement ou un changement de l'image corporelle (Murray, 1972).

Nous avons retenu deux sous-concepts nous permettant de comprendre davantage le phénomène de la modification de l'image corporelle, soit la perte et le changement d'identité.

La perte

La perte est une privation entraînant des réactions de deuil et de chagrin lors d'une modification de l'image corporelle comme dans l'amputation d'un membre ou la disparition d'un être cher. Ces réactions sont manifestées entre autres par la dépression, la négation, la colère et la dépendance. L'intensité de la réaction dépend de la sévérité de la maladie, des conséquences en terme de changement, de la signification de la fonction pour la personne, du degré d'adaptation de la personne et de l'assistance que la personne et sa famille reçoivent (Crate, 1965; Carlson, 1970).

Les réactions d'adaptation à la perte sont donc diverses et variées selon les critères mentionnés plus haut. Les phénomènes de dépression, de dépréciation de soi sont inévitables, car l'individu ne correspond plus aux normes ou à ses propres valeurs, d'où la peur d'être délaissé ou rejeté par l'entourage significatif.

Le phénomène du membre fantôme est courant lors de la perte d'un membre et peut indiquer une forme de négation de la perte et/ou illustre les mécanismes physiologiques impliqués (Pasnau, 1976).

Le phénomène du corps étranger se manifeste chez les personnes souffrant de paralysie et qui décrivent leur corps ou une partie de leur corps comme un objet étranger et ne leur appartenant pas (Ullman, 1976).

Le phénomène de la personnification survient lorsque la personne désigne la partie de son corps modifiée ou l'appareil utilisé pour ses soins par un épithète montrant qu'il s'agit d'une personne ou d'une chose séparée d'elle-même. Cette réaction montre encore une fois le refus d'accepter et d'intégrer la modification de l'image corporelle (Carlson, 1970).

D'autres exemples indiquant des réactions de deuil sont les phénomènes du silence, l'usage des symboles, le refus de regarder, d'en parler et de satisfaire les self-care (Carlson, 1970; Roberts, 1976).

Le changement d'identité

Phase du processus d'adaptation à une modification de l'image corporelle qui correspond à la résolution de la perte et durant laquelle la personne opère un changement dans la façon de se voir elle-même et cherche à s'identifier à d'autres individus vivant une situation analogue.

Cette étape permet à la personne d'atteindre le plus haut niveau possible d'ajustement; bien qu'il soit différent selon les individus, il n'implique jamais la perfection (Roberts, 1976).

L'ajustement implique une interaction et une intégration avec d'autres personnes et avec sa famille. Cette interaction avec sa famille est très importante et devient une expérience en soi, la réussite ou l'échec de cette expérience déterminera ses réactions futures face à son environnement (Roberts, 1976).

Des indices tels que la possibilité de vivre avec son problème, sa maladie seront interprétés comme des signes d'ajustement, mais le changement d'identité surviendra seulement lorsque la personne pourra se définir comme quelqu'un souffrant d'une affection et se trouvant aux prises avec des limites imposées par la maladie ou les déviations de santé. En se définissant ainsi, la personne sera plus en mesure de "vivre avec son problème", car elle se verra différente de ce qu'elle était avant, différente des autres et jusqu'à un certain point dépendante des autres.

Différentiation du problème

La modification de l'image corporelle (M.I.C.) doit concerner avant tout:

- des modifications d'ordre physique même si les réactions sont d'ordre psychologique;

- la période précédant et suivant immédiatement la modification;
- les altérations brutales d'origine traumatique chez des sujets n'ayant pas été préparés à ce changement.

La modification de l'image corporelle sera cependant différente:

- du changement du statut social ou du nom de la personne;
- des modifications de la personnalité;
- des modifications reliées aux étapes du développement de la personnalité;
- des modifications reliées à une perte de l'entourage significatif.

Situations ou populations à risque

Les catégories de populations les plus susceptibles de subir une modification de l'image corporelle sont:

- les jeunes adultes sujets aux accidents du travail, de la circulation, du sport et aux maladies à caractère malin;

- les adultes dont la condition physiologique ou hormonale les rend vulnérables aux maladies à caractère malin, dégénératif ou infectieux;

- les personnes âgées sujettes aux maladies dégénératives et vasculaires ou glandulaires.

Etat de santé recherché

Le but des soins infirmiers dans l'étude du phénomène de la modification de l'image corporelle serait que le client parvienne, dans un délai raisonnable, à intégrer sa nouvelle identité, se réorganiser en fonction du changement, réorienter sa vie et sa carrière.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Perte Données objectives: - S'isole dans sa chambre - Refuse de rencontrer d'autres personnes - Néglige son apparence - Sourit peu, faciès triste - Ne répond pas aux questions - Manifeste de l'hostilité envers l'infirmière - Refuse de participer aux soins - Utilise des symboles pour désigner ses appareils - Manifeste de la honte lors des soins - Parle de son problème en riant - Garde un silence renfermé - Peur d'une perte additionnelle - Se fâche et devient agressif.	Il faut qu'il: - s'exprime sur ce qu'il vit (craintes, frustrations, colère, peurs, ...); - identifie ses conflits (les valeurs et les sentiments à la source de ses conflits); - se valorise malgré son sentiment d'impuissance et conserve un niveau d'estime assez élevé; - comprenne et interprète correctement les effets, les conséquences du changement.	1) Transmettre la confiance par une attitude rassurante, calme, chaleureuse. 2) Ecouter sans porter de jugement. 3) Etre honnête en informant de ce qui arrivera. 4) Valider ses propres perceptions avec le client. 5) Permettre l'expression de sentiments de colère, de frustrations. 6) Visiter souvent le client. 7) Chercher à comprendre les réactions. 8) Respecter son rythme. 9) Traduire et refléter ses sentiments et son comportement.	- Verbalise et répond aux questions sans changer la conversation. - Pleure et parle de l'importance et de la signification de la perte. - Décrit ce qu'il ressent face à son problème. - Accepte de se laver, de se soigner; laisse l'infirmière la maquiller. - Ecoute les explications du médecin et de l'infirmière. - Explique dans ses propres mots les effets du changement.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
<u>Données subjectives</u>: - Se déprécie et se dévalorise; ne se sent pas traité comme tout le monde - dit que tout le monde le regarde - se sent à part des autres - dit qu'il vit un cauchemar - se sent coupable de la perte - souhaiterait abandonner son corps - utilise souvent des expressions telles que: Pourquoi moi? Laissez-moi tranquille! Finissons-en au plus tôt! Vous venez voir le monstre... vous voyez bien que cela ne sert à rien! - refuse de croire à sa maladie et dit que le médecin s'est trompé.		10) S'intéresser à son être entier et non seulement à son problème. 11) Ne pas le forcer ou le confronter. 12) Encourager à être patient. 13) Eviter de le placer dans des situations pénibles. 14) Donner le support nécessaire pour faire face à la dépression. 15) Encourager à soigner son apparence. 16) Explorer avec lui ses ressources personnelles et ses forces. 17) Réduire la quantité de stress si possible. 18) L'empêcher de se déprécier et de se critiquer négativement. 19) Explorer et faire ressortir les valeurs du client.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		20) Rassurer constamment face aux réactions, soins, évolution. 21) Informer sur l'importance d'une attitude constructive, positive. 22) Renforcer l'aspect positif de ses réactions et lui faire voir qu'elles sont normales. 23) Aider à s'identifier et à évaluer ses sentiments face à son corps. 24) Encourager à poser des questions.	
Changement d'identité Données objectives: - S'intéresse davantage aux soins et accepte de participer - Questionne sur sa maladie et les effets du changement	Il faut qu'il: - regagne un certain contrôle de la fonction perdue;	1) Encourager constamment et avec réalisme les aux progrès réalisés. 2) Introduire de nouveaux enseignements graduellement.	- Participe aux soins et désireux d'apprendre à satisfaire ses nouvelles exigences de self-care thérapeutiques.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- Demande à parler avec d'autres personnes ayant la même atteinte - S'intéresse plus à son avenir - Irritable et peu patient - Refuse d'accepter ses limites - Intolérant face à la lenteur des progrès, à sa faiblesse et à ses difficultés de concentration - Pâleur et transpiration lors des soins - Entreprend des tâches difficiles en dépit de sa faiblesse physique et intellectuelle - Se pose beaucoup de questions face à ses nouvelles relations avec sa famille, amis - Envisage un retour au travail. Données subjectives: - Se dit infirme, incapable de retourner au travail - Dit souffrir beaucoup de cette perte	- se refasse une nouvelle image corporelle en tenant compte de sa condition; - atteigne le plus haut niveau possible de réajustement; - réintègre sa famille, la société et son travail.	3) Encourager à poser des questions. 4) Encourager l'utilisation de mécanismes d'adaptation. 5) Evaluer les ressources et le potentiel du client. 6) Aider à mobiliser ses ressources physiques et psychiques. 7) Aider le client à se sentir utile et à exprimer ce qu'il ressent. 8) Faire participer la famille aux enseignements et aux soins le plus souvent possible. 9) L'informer sur les ressources sociales et humaines disponibles. 10) Présenter à d'autres personnes atteintes de la même condition. 11) Travailler au niveau des sentiments de confusion et de frustration en les faisant valoir comme normaux.	- Parle facilement du changement. - Circule hors de sa chambre et rencontre d'autres personnes. - Cherche des solutions avec l'infirmière. - Questionne sur les limites imposées par sa condition. - Pose des questions au sujet de sa maladie, sa convalescence, sa sortie de l'hôpital et de son retour au travail. - Désire rencontrer d'autres personnes comme lui pour échanger sur les possibilités d'avenir. - Envisage des modifications architecturales à son domicile.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- S'inquiète au sujet des changements physiques - Trouve que ses limites physiques et psychiques sont difficiles à accepter - dit qu'il n'accepte pas son nouveau corps.		12) Fournir le support émotionnel au client et à sa famille. 13) Fournir toutes les informations au client et à sa famille concernant les appareils: achat, remplacement, entretien, ... 14) Rassurer et encourager au moment des périodes de crises ou de rechutes ou de régression à un stade antérieur.	

CHRONICITE

Définition

Etat dans lequel se trouve un individu aux prises avec des perturbations organiques et fonctionnelles qui débutent souvent de manière insidieuse et qui évoluent lentement vers une plus grande sévérité; ce qui nécessite, à long terme, des soins et des traitements continus (Brackman, 1969; Lawrence, 1979). Les limites physiques imposées par la maladie, de même que les difficultés d'ordre psycho-social inhérentes à cette condition, impliquent, pour l'individu, un ajustement à tous les niveaux (physique, psychologique, social) (Boutin, 1976; Nelson, 1978; Reif, 1973).

Etiologie

Le phénomène de chronicité survient lorsqu'il y a une dégénérescence des tissus et des organes secondaire à une incapacité de l'organisme à retrouver ou à conserver son intégrité structurale et fonctionnelle (Brackman, 1969). Des difficultés d'adaptation ou de résistance aux

stresseurs peuvent expliquer ce phénomène: lorsque le stress se prolonge et s'amplifie, les stresseurs exercent une tension sur les mécanismes d'adaptation bio-chimiques et psycho-sociaux qui s'épuisent; il en résulte des désordres physio-pathologiques et des altérations du comportement humain (Lawrence, 1979).

Le phénomène de chronicité peut se manifester suite à une maladie aiguë ou à un traumatisme. En plus des difficultés d'adaptation ci-haut mentionnées, plusieurs facteurs peuvent influencer ce passage de l'état d'acuité à l'état de chronicité, soit: la gravité de l'atteinte, la précocité et l'efficacité du traitement, la prise en charge par l'individu de ses activités de self-care thérapeutiques (médication, diète, ...).

Le phénomène de chronicité peut également survenir sans antécédent de maladie aiguë ou de traumatisme. La cause est généralement hypothétique et le traitement est souvent d'efficacité variable.

Dynamique

Pour mieux comprendre le phénomène de chronicité, il importe de décrire en premier lieu les mécanismes impliqués dans le processus d'adaptation à la maladie chronique et, en second lieu, les sous-concepts rattachés au concept primaire de chronicité, soit la dépendance, la déformation

et la douleur chronique.

La maladie chronique, compte tenu de son caractère évolutif et de sa durée, cause non seulement un stress initial, mais aussi un stress récurrent et dans certains cas continu. Plusieurs auteurs nous suggèrent des modèles d'adaptation. Citons Crate et Lawrence. En accord avec Lawrence, nous avons retenu trois phases dans le processus d'adaptation à la maladie chronique, soit le refus de croire, la prise de conscience et la résolution de la perte. Durant ce processus d'adaptation, l'individu utilise inconsciemment des mécanismes de défense afin de réduire l'anxiété engendrée par la menace de l'intégrité corporelle, les changements dans le style de vie et les relations avec les autres. Ces mécanismes sont: la négation, la régression, la colère, la dépendance, l'intellectualisation, le déplacement, l'introjection, la dépression, ... Ils peuvent avoir une valeur positive ou négative (Riffle, 1979).

La phase du refus de croire est caractérisée principalement par la négation, l'individu recherche alors une indépendance non proportionnelle à ses capacités (ex.: il refuse qu'on s'occupe de lui). La négation est rarement complète et elle se manifeste sur certains aspects de la maladie. Sa durée peut varier en fonction de la gravité des perturbations (Lawrence, 1979).

Durant la persistance ou l'aggravation de la maladie et de ses manifestations, il devient de plus en plus difficile de nier et l'individu

prend conscience de la réalité, ce qui génère des réactions de colère qui se manifestent par de l'hostilité envers ceux qui sont en relation avec lui. Ce comportement est une réponse au stress et toute l'énergie est mobilisée pour combattre la menace engendrée par la maladie. L'hostilité n'étant pas acceptée socialement, la colère peut être projetée à l'intérieur plutôt qu'à l'extérieur et il en résulte alors de la dépression. La prise de conscience de la maladie et de ses effets peut également engendrer de la dépendance (Lawrence, 1979).

Durant la phase de la résolution de la perte, l'individu établit de nouvelles relations avec les autres; il subit un changement d'identité. Le comportement de l'individu est à la fois dépendant et indépendant. Il exprime de la dépendance en recherchant du support auprès de gens ayant des problèmes similaires et de l'indépendance en assumant certaines activités de self-care thérapeutiques en accord avec ses capacités.

L'adaptation ou l'ajustement survient grâce à l'interaction de ces trois phases d'adaptation. Avec chaque phase, il y a un commencement et non une fin, car la négation permet de générer de l'espoir, la colère donne à l'individu la force de s'adapter, de s'ajuster. Plusieurs facteurs peuvent influencer cette capacité d'adaptation, soit: la gravité de la maladie et ses manifestations, les capacités intellectuelles de l'individu, son âge, ses expériences antérieures, l'attitude de la famille, les ressources matérielles, ...

En accord avec Crate, bien s'adapter ou s'ajuster à la maladie chronique peut signifier être capable de "faire face à ...", être capable de "vivre avec ... des limites". Ce qui signifie, au point de vue physique, être capable de modifier ses habitudes de vie en fonction de la médication, de la diète, des techniques de soins spécifiques, des procédures médicales. Ce qui signifie au point de vue psycho-social, être capable le conserver une image de soi qui est satisfaisante en dépit des modifications structurales et fonctionnelles, être capable d'atteindre un certain équilibre émotif en dépit du caractère incertain de l'avenir, être capable de maintenir des relations adéquates avec la famille et les amis (Crate, 1965; Lawrence, 1979; Riffle, 1979).

Même si l'emphase vient d'être mise sur l'adaptation de l'individu, il ne faudrait pas oublier que la famille, en raison de la durée de la maladie, de ses limites, des hospitalisations prolongées et répétées, vit également un processus d'adaptation. Elle doit également s'adapter, s'ajuster, c'est-à-dire modifier sa structure en fonction des rôles qui sont changés ou éliminés (Mac Vicar, 1976).

La dépendance

D'après Robert, la dépendance se définit comme suit: "le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un, de quelque chose". Nous l'avons privilégiée comme sous-concept parce que c'est une constante que l'on retrouve sous différentes formes dans le processus d'adaptation à la maladie chronique (Lawrence, 1979). Alors qu'à la période de négation de la maladie, l'individu recherche une indépendance non proportionnelle à ses capacités; à la phase de prise de conscience de la maladie, il devient plus ouvertement dépendant de l'infirmière pour les soins physiques. Il demande qu'on lui accorde beaucoup de temps. Si le besoin de dépendance n'est pas compris, toléré, il pourra développer une dépendance chronique manifestée par son refus d'accomplir des activités en accord avec ses capacités (Crate, 1965). Cette dépendance chronique vient freiner le processus d'adaptation. Par contre, si l'infirmière rencontre les besoins du client, ce dernier acceptera plus facilement d'être dépendant et il s'établira un équilibre entre le besoin de dépendance et d'indépendance, c'est-à-dire qu'il sera capable d'une part de "faire face" à une dépendance relative à ses incapacités, aux exigences du traitement médical et à l'environnement, et d'autre part, il sera capable de développer au maximum son autonomie.

La déformation

Le Petit Robert définit la déformation comme une "altération de la forme" consécutive à une modification structurale et/ou fonctionnelle pouvant survenir au niveau des systèmes osseux, musculaire, nerveux, rénal, hormonal, digestif, ... et affectant l'apparence extérieure du corps humain. Elle peut dépendre de la maladie elle-même et de ses conséquences et/ou du traitement médical. Elle peut entraîner des restrictions dans la mobilité pouvant aller, dans certains cas, jusqu'à l'impotence.

La douleur chronique

La douleur peut être définie comme un phénomène subjectif, c'est-à-dire une sensation pénible ressentie et exprimée par un individu (Jacox, 1979). Lorsqu'elle est chronique, elle correspond à une condition à long terme où la douleur n'a aucun but (par exemple: investigation, chirurgie), où, dans certains cas, l'étiologie est ambigüe et les méthodes habituelles pour la soulager sont peu efficaces ou inappropriées. Elle peut être considérée comme un cercle vicieux, sans début, ni limite, où la prévision de la pérennité (continuité) conduit à l'anxiété, la dépression, qui en retour accentue les composantes physiques de la douleur (Balfour M. Mount, 1978; Eland, 1978). "Saunders a formé le terme de "Total Pain", douleur totale pour décrire les composantes de la douleur chronique -

physique, psychologique, spirituelle, sociale." (Balfour M. Mount, 1978).

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'expression de la douleur chez un individu, soit des facteurs d'ordre socio-culturel et des facteurs inhérents à la douleur tels son intensité, sa durée. Lorsque l'individu souffre d'une douleur chronique, il apprend à modifier son expression de la douleur. Son comportement non verbal n'est pas significatif de l'intensité de sa douleur et ses paramètres vitaux (pouls, tension artérielle) ne sont pas modifiés (Jacox, 1979; Brunner, 1979). Ce que l'individu nous "dit" à propos de sa douleur devient donc un élément très important dans l'évaluation de la douleur chronique (Eland, 1978).

Différentiation du problème

Nous allons identifier des critères permettant de circonscrire le concept primaire de chronicité, le processus d'adaptation à la maladie chronique et les sous-concepts de douleur chronique et déformation.

Dans notre étude du phénomène de chronicité, il y aura comme point de départ des perturbations d'ordre physique. Pour être incluses dans le phénomène de chronicité, ces perturbations doivent être à caractère évolutif, soit qu'elles évoluent de façon lente et progressive ou par

périodes d'exacerbation et de rémission. Ces périodes d'exacerbation correspondent à des états d'acuité vécus par l'individu à différents stades d'évolution de la maladie chronique (Brackman, 1969).

Le processus d'adaptation à la maladie chronique, décrit par Crate et Lawrence, peut s'appliquer de façon générale aux autres concepts primaires que nous avons choisis pour illustrer les soins infirmiers en médecine-chirurgie. Ce qui est spécifique au processus d'adaptation relié au phénomène de chronicité, c'est que l'individu doit constamment s'ajuster ou s'adapter, c'est-à-dire changer son identité, son style de vie en fonction du stade évolutif de la maladie. De plus, dans certains cas, la présence de périodes de rémission et d'une étiologie incertaine rendent plus difficile la prise de conscience de la réalité, ce qui freine le processus d'adaptation.

Le phénomène de la douleur chronique doit être considéré ici comme une douleur à long terme présentant les caractéristiques ci-haut mentionnées, mais qui n'est pas nécessairement associée à l'imminence de la mort, comme dans les phases terminales du cancer.

La déformation fait uniquement référence à une modification apparente du corps humain.

Situations ou populations à risque

Les problèmes de santé des Québécois proviennent pour une large part des maladies chroniques. Les groupes les plus susceptibles d'être touchés par la chronicité sont les obèses, les fumeurs, les alcooliques, les sédentaires, les travailleurs en industrie, les gens de milieux sociaux économiquement faibles (Hélie, 1980).

Etat de santé recherché

Le but des soins infirmiers dans l'étude du phénomène de chronicité serait de permettre à l'individu de s'adapter, de s'ajuster, c'est-à-dire de vivre en fonction des limites imposées par la maladie, et de favoriser au maximum la prise en charge des activités de self-care thérapoutiques.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Dépendance Dans la chronicité, l'individu fait face à une dépendance relative à ses incapacités, à la médication, ... Au cours du processus d'adaptation, il peut adopter les comportements suivants: A) <u>La négation</u> <u>Données subjectives</u>: - il nie la maladie - il refuse le diagnostic. <u>Données objectives</u>: - il veut maintenir un fonctionnement normal - il refuse l'aide des autres.	Il faut que le client prenne graduellement conscience de la réalité.	1) Favoriser l'expression des sentiments des émotions par une attitude d'écoute, un climat de confiance. 2) Considérer la négation comme un mécanisme de défense et lui laisser libre cours; intervenir si le comportement affecte la thérapie. Ex.: montrer au client que, malgré sa négation, on considère le traitement important.	- Il fait face à certains aspects de la maladie. - Il accepte qu'on s'occupe de lui.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		3) Aider le client, sans le brusquer, à clarifier les causes ou motifs sous-jacents à son comportement. 4) Accepter les réactions du client et l'aider à accepter lui-même ses émotions, ses sentiments; ne pas moraliser.	
B) La colère Données subjectives: - il exprime des plaintes concernant les soins reçus, le manque d'information, l'incompétence du médecin, ... et/ou Données objectives: - il est brusque dans ses gestes - il évite de regarder - il se retire.	Il faut que le client parvienne à verbaliser sa colère. Il faut que le client parvienne à utiliser son agressivité d'une manière constructive.	5) Explorer ses propres réactions face à la colère. 6) Ne pas argumenter, ne pas insister sur l'omnipotence du médecin. 7) Eviter les questions directes qui le confrontent avec ses sentiments (ex.: vous semblez en colère). 8) Utiliser l'énergie inhérente à sa colère d'une manière constructive, c'est-à-dire l'aider à identifier des buts et objectifs réalistes	- Il exprime sa colère. - Il se fixe des objectifs réalistes.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		afin de diminuer la tension et de créer des perspectives d'avenir plus optimistes. 9) Utiliser l'humour pour réduire la tension, dissiper l'hostilité. 10) Répondre au besoin du client d'être à la fois dépendant et indépendant.	- Il voit l'avenir d'une manière plus positive. - Il augmente son estime de soi.
C) La soumission excessive Données subjectives: - il craint de déplaire aux autres. Données objectives: - il est gentil en tout temps - il est étiqueté "bon patient" - il ne questionne pas sur ce qui le touche - il accepte tout aveuglément - il se plaint rarement.	Il faut que le client parvienne à exprimer ses sentiments, ses besoins même au risque de déplaire.		- Il exprime ses sentiments, ses émotions, ses besoins.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
L'individu peut développer une dépendance chronique qui reflète un problème d'adaptation. D) Problème d'adaptation Données subjectives: - "Je ne suis pas capable de ..." - "Je ne veux pas ...". Données objectives: - il est peu coopératif - il refuse d'effectuer certaines activités de self-care thérapeutiques (manger, se laver, ...) - il refuse de participer à des activités occupationnelles - la famille adopte une attitude de surprotection vis-à-vis le client.	Il faut que le client parvienne à développer une plus grande autonomie.	1) Essayer de clarifier avec le client les motifs de sa dépendance. 2) Eviter des attitudes critiques. 3) Faire preuve de fermeté et, si nécessaire, aller à l'encontre des attentes du client et justifier notre attitude. 4) Valoriser les moindres efforts, le stimuler. 5) Fixer des objectifs réalistes. 6) Amener le client à participer au plan de soins, aux prises de décision.	- Il participe aux soins. - Il effectue lui-même certaines activités de self-care thérapeutiques en accord avec ses capacités.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		7) Renseigner le client sur différentes techniques de soins. 8) Rencontrer la famille afin d'assurer une continuité au niveau des attitudes. 9) Favoriser les contacts avec l'extérieur, préparer la réinsertion sociale: offrir des sorties les fins de semaine.	
	Réf.: Crate, 1965; Moritz, 1978; Robinson, 1970; Campbell, 1978; Riffle, 1979; Lawrence, 1979.		
Déformation Puisque la déformation implique une modification de l'apparence extérieure du corps humain, nous avons retenu deux exemples de données objectives, soit la déformation articulaire et l'oedème.	Il faut réduire le processus de déformation ou en retarder l'évolution.	A) Actions visant à réduire la déformation articulaire chez le client: 1) Effectuer des exercices passifs et/ou faire participer à un programme d'exercices actifs.	- Au site de la déformation, le mouvement est plus ample.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS À ENTREPRENDRE	EVALUATION
		2) Positionner le client en fonction du type de déformation et de sa localisation. 3) Donner au client la médication myorelaxante ou anti-inflammatoire (prescrite) et le renseigner sur l'action des médicaments et leurs effets secondaires. B) Actions visant à réduire l'oedème chez le client: 4) Restreindre chez le client l'apport de liquides (en respectant la prescription médicale) et l'informer des raisons justifiant cette restriction. 5) Faire un dosage précis des ingesta-excreta. 6) Donner au client une diète pauvre en sodium et le renseigner sur les aliments permis et défendus.	- Au site de l'oedème, il y a diminution du godet. - Diminution du poids.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		7) Donner au client les diurétiques prescrits et le renseigner sur l'action de ces médicaments et leurs effets secondaires. 8) Peser le client die. 9) Positionner le client en tenant compte de l'oedème. 10) Effectuer des exercices passifs et actifs. 11) Favoriser le repos.	
	Il faut que le client "s'adapte" ou "s'ajuste" aux limites fonctionnelles relatives à la déformation.	12) Encourager le client à exprimer ses sentiments et ses émotions et l'aider à les considérer comme des efforts, des tentatives pour s'ajuster. 13) Respecter le rythme du client dans le processus d'adaptation; ne pas le brusquer.	- Le client change ses habitudes de vie en fonction de ses limites. - Le client conserve une image de soi qui est satisfaisante. - Le client maintient des relations adéquates avec la famille, les amis.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		14) Renseigner le client sur différentes techniques de soins, procédures médicales. 15) Evaluer adéquatement les capacités du client et promouvoir le plus possible son indépendance. 16) Identifier les mécanismes de défense utilisés par le client et reconnaître les comportements qui peuvent avoir une valeur négative dans le processus d'adaptation. 17) Mettre le client en relation avec d'autres clients ayant des problèmes similaires. 18) Favoriser la participation de la famille.	
	Réf.: Riffle, 1979; Seldock, 1972; Daniel, 1977.		

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Douleur chronique Données subjectives: - le client dit "qu'il est très souffrant", "qu'il n'est pas soulagé par la médication", "qu'il dort peu" - il réclame des analgésiques seulement lorsque la douleur devient insupportable; il craint l'accoutumance ou - il réclame sans cesse des analgésiques: se dit mécontent, insatisfait, ses propos sont agressifs - il a peur que la douleur devienne insupportable. Données objectives: - le comportement non verbal manifeste peu ou pas de signes de douleur	Il faut que le client parvienne à augmenter sa tolérance face à la douleur. Il faut que le client parvienne à trouver des moyens pour réduire l'intensité de la douleur. Il faut que le client parvienne à contrôler son anxiété face à la douleur.	1) Favoriser l'expression des sentiments, des émotions, des craintes face à la douleur et à son traitement. 2) Recueillir des informations sur: - les expériences antérieures avec la douleur: . ses perceptions de la douleur . ses réactions . les moyens entrepris pour la soulager et leur efficacité;	- Il parvient à augmenter sa tolérance face à la douleur. - Il trouve des moyens pour réduire la douleur. - Il joue un rôle actif dans l'élaboration du plan de soins. - Il fait des efforts pour augmenter ses activités, ses contacts avec les autres. - Il fait des efforts pour améliorer son apparence.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- des réactions de dépression sont souvent associées à la douleur chronique: apparence négligée, faciès triste, peu de contacts avec les autres, diminution de son appétit, peu actif.		- le type de douleur qu'il expérimente maintenant: . ses effets sur le style de vie . le niveau de fonctionnement . les relations avec les autres. 3) Maintenir une attitude positive vis-à-vis le client souffrant, soit: - lui manifester de la compréhension, de l'empathie dans le comportement verbal et non verbal (le toucher); - éviter les attitudes manifestant du rejet, du doute face à l'expérience vécue par le client. 4) Renseigner le client et la famille (s'il y a lieu) sur les différents moyens visant à réduire la douleur: - techniques de distraction - techniques de relaxation - stimulation cutanée - médication analgésique: fréquence d'administration.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		5) Dans l'application de ces différents moyens, l'infirmière et le client doivent développer des attitudes préventives, c'est-à-dire les utiliser avant que la douleur devienne trop intense. 6) Transmettre les objectifs, au client, concernant le choix des moyens entrepris pour réduire la douleur et leur application. Le faire participer aux prises de décision. 7) Vérifier l'efficacité des moyens entrepris, en évaluant le comportement du client avant et après l'intervention. 8) Procurer du confort au client: friction, massage, changement de position. 9) Favoriser le repos, procurer un environnement calme.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		10) Valoriser la reprise des activités, les contacts avec les autres.	
	Réf.: Brunner, 1979; Jacox, 1979; McCaffery, 1980; Diblasio, 1979.		

READAPTATION

Définition

Processus dynamique permettant à l'individu, atteint d'une ou plusieurs incapacités physiques, de rééduquer la ou les fonctions perturbées (perdues ou diminuées), de développer au maximum les capacités résiduelles et de compenser le ou les déficits permanents. Pour ce faire, l'individu doit s'engager dans un processus d'apprentissage, par lequel il devra réapprendre certaines activités indispensables à la vie quotidienne (marcher, parler, ...) et/ou intégrer de nouvelles habiletés (traitement, diète, ...). L'autonomie est donc le but ultime de la réadaptation et l'apprentissage permet à l'individu d'atteindre ce niveau optimal de rendement au point de vue physique, mental et social (Béland, 1970; Brunner, 1979; Matheney, 1968; Du Gas, 1980).

Etiologie

Le phénomène de réadaptation survient lorsque la maladie ou le traumatisme engendre la diminution ou la perte d'une ou plusieurs fonctions.

Les trois grandes fonctions de l'organisme, soit les fonctions de relation, de nutrition et de reproduction, sont susceptibles d'être perturbées. Le processus de réadaptation est plus ou moins complexe selon la gravité des perturbations et le nombre de fonctions impliquées. Entre autres, les perturbations neurologiques entraînent souvent la perte de plusieurs fonctions, soit les fonctions motrices, cognitives, sensitives, ... ce qui nécessite différents types d'apprentissage, donc un processus de réadaptation plus long et plus complexe. L'individu s'engage dans <u>son</u> processus de réadaptation à partir du moment où il prend conscience de ses incapacités. Pour l'individu, ce processus peut donc précéder ou suivre son admission à l'hôpital (Béland, 1970).

Dynamique

Pour mieux comprendre le phénomène de réadaptation, il importe de décrire en premier lieu le processus d'enseignement-apprentissage qui est à la base de la réadaptation et, en second lieu, les sous-concepts rattachés au concept primaire de réadaptation, soit la rééducation motrice, la rééducation sexuelle, la rééducation cardiaque. Nous les avons privilégiés comme des sous-concepts parce qu'ils nous permettaient d'illustrer le phénomène de réadaptation au niveau des trois grandes fonctions de l'organisme, soit la fonction de relation (rééducation motrice), de reproduction (rééducation sexuelle), de nutrition (rééducation cardiaque).

L'enseignement peut se définir comme un processus d'interaction entre l'enseignant et un ou plusieurs apprenants. Le rôle de l'enseignant est centré sur les activités d'apprentissage, et le rôle de l'apprenant consiste à participer ou à initier des activités qui le conduisent au changement de comportement désiré (Redman, 1968). Plus précisément, le processus d'enseignement-apprentissage rejoint les étapes de la démarche nursing soit l'identification des besoins d'apprentissage, la formulation d'objectifs d'apprentissage, la planification des activités d'apprentissage et l'évaluation de ces objectifs (Riffle, 1979; Haferkorn, 1971).

Les besoins d'apprentissage doivent être déterminés mutuellement par le client et l'infirmière et, s'il y a lieu, par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Partant du principe que "l'apprentissage est plus efficace lorsqu'il répond à un besoin ressenti par celui qui apprend" (Du Gas, 1980), l'infirmière doit donc aider le client à verbaliser ses propres besoins d'apprentissage (Eddy, 1977). Elle doit recueillir des données concernant l'âge, le niveau intellectuel, les croyances, le niveau socio-économique, la condition physique (les capacités et les incapacités), les expériences antérieures, les habitudes de vie, l'adaptation à la maladie, la motivation (Redman, 1968; Winslow, 1971; Haferkorn, 1971). Ces données permettent d'évaluer le "readiness to learn" traduit par l'état de préparation et d'orienter les objectifs d'apprentissage de même que les moyens pour les atteindre.

Un objectif d'apprentissage doit indiquer le changement de comportement désiré comme résultat du processus d'apprentissage. Cet objectif doit être réaliste, ce qui implique une connaissance approfondie des capacités de l'individu, de son habileté à apprendre. Ils peuvent être formulés à court terme et à long terme, allant du plus simple au plus complexe (par exemple: apprendre à se tenir debout sur des béquilles, avant d'apprendre à marcher). Ils peuvent viser différents comportements, soit d'ordre cognitif, affectif et psycho-moteur. En plus d'exprimer un comportement, chaque objectif doit également spécifier des critères de performance (Redman, 1968).

Les activités d'apprentissage varient en fonction des objectifs à atteindre, qu'ils soient d'ordre cognitif, affectif ou psycho-moteur. Pour les apprentissages d'ordre cognitif, il est important pour l'enseignant d'établir un lien entre ce qui est connu et ce qui est nouveau. Il doit donc utiliser des comparaisons, des similitudes pour favoriser l'acquisition des connaissances. Les lectures, discussions, présentations audio-visuelles sont des méthodes favorisant ce type d'apprentissage. Pour l'atteinte des objectifs d'ordre affectif, l'imitation d'un modèle et le conditionnement jouent un rôle important dans l'apprentissage des attitudes. Des discussions permettant à l'individu de réviser ses sentiments, ses émotions, de les comprendre, favoriseront un changement d'attitude. Pour l'atteinte des objectifs d'ordre psycho-moteur, la démonstration est une méthode permettant à l'apprenant de développer une image mentale claire sur la façon d'accomplir l'habileté motrice. L'apprenant doit pratiquer dans une situation

similaire à celle où il devra utiliser l'habileté. Durant la pratique, le feed-back joue un rôle très important dans l'acquisition de cet apprentissage.

Quel que soit le type d'objectif à atteindre, la continuité, la stabilité au niveau de la ou des personnes qui dispensent l'enseignement, le choix du temps et du lieu d'enseignement sont des éléments à considérer dans la planification des activités d'apprentissage. Un environnement stimulant et des méthodes d'enseignement adaptées sont des facteurs favorisant la motivation, condition essentielle à l'apprentissage (Redman, 1968; Hautman, 1979).

L'évaluation consiste à recueillir des informations sur l'atteinte des objectifs, soit par des mesures directes (observation du comportement) et/ou indirectes (questions orales ou écrites). Elle sert à renforcer le comportement désiré, analyser un manque de progrès et ainsi réorienter les activités. Elle permet également à l'enseignant de mesurer l'efficacité de son enseignement (Redman, 1968; Du Gas, 1980).

Le client et la famille, s'il y a lieu, doivent participer à toutes les étapes du processus d'enseignement-apprentissage.

D'après Robert, la rééducation se définit ainsi: "action de refaire l'éducation d'une fonction lésée ...".

La rééducation motrice

La rééducation motrice peut se définir comme l'ensemble des actions mises en oeuvre pour refaire l'éducation de la fonction motrice, lorsqu'il y a une atteinte au niveau des systèmes biologiques affectant directement le mouvement, soit le système nerveux, musculaire et osseux. Plus précisément, ces actions se réfèrent à l'application d'un programme d'exercices (physiothérapie, ergothérapie), à une réorganisation des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.), à des changements dans les habitudes de mobilisation. Ces actions sont orientées, non seulement vers la restauration totale ou partielle de la fonction motrice, mais également vers la prévention des complications liées à une restriction de mouvement (Brunner, 1979).

La rééducation sexuelle

La rééducation sexuelle peut se définir comme l'ensemble des moyens permettant à l'individu de refaire l'éducation de la fonction

sexuelle, lorsqu'il y a une atteinte au niveau des systèmes biologiques affectant directement la sexualité, soit les systèmes nerveux, hormonal et vasculaire, ou indirectement lorsque la douleur, l'inconfort relié à la maladie, la diminution de l'estime de soi, la modification de l'image corporelle entraînent des difficultés immédiates ou potentielles au niveau de la sexualité. Il est donc très important de considérer la réponse sexuelle chez l'homme et la femme comme une réponse du corps dans sa totalité, donc une réponse qui n'est pas restreinte aux parties génitales. Ces dysfonctions sexuelles peuvent être temporaires ou permanentes selon le ou les systèmes biologiques impliqués, la gravité de l'atteinte, et les conséquences d'ordre physiologique et psychologique reliées à la maladie et/ou à son traitement (médical et/ou chirurgical) (Hogan, 1980; Littlefield, 1977; Woods, 1975; Corey, 1975).

La rééducation cardiaque

La rééducation cardiaque peut se définir comme l'ensemble des moyens permettant à l'individu de refaire l'éducation de la fonction cardiaque. Ce qui implique une réorganisation des activités en fonction de la capacité cardiaque de l'individu, un programme graduel d'exercices physiques, un changement dans les habitudes de vie dans le but de prévenir de nouvelles crises et de rétablir la fonction cardiaque.

Différentiation du problème

Dans notre étude, le phénomène de réadaptation a pour point de départ des perturbations à caractère physique. Ce concept, tel que développé, se veut très global, il se présente comme la conséquence des autres concepts primaires, soit l'acuité, la chronicité, l'immobilité, l'envahissement, la modification de l'image corporelle, les déséquilibres hydro-électrolytiques.

Le processus d'enseignement-apprentissage que nous avons décrit peut être transférable dans les autres concepts primaires ci-haut mentionnés et les objectifs d'apprentissage varient en fonction des phénomènes étudiés. Comme nous nous adressons à une étudiante de niveau collégial, nous axons la formation sur l'enseignement individuel et non sur l'enseignement de groupe.

Populations ou situations à risque

Puisque la majorité des problèmes de santé physique peuvent être considérés comme présentant des problèmes immédiats ou potentiels de réadaptation, il devient difficile de cerner vraiment les populations à risque. C'est pourquoi notre liste n'est pas exhaustive et se limite à donner

seulement quelques exemples (Matheney, 1968):

- les jeunes adultes sujets aux accidents de la route;
- les adultes prédisposés aux maladies cardiaques;
- les adultes souffrant de maladies chroniques (diabète, sclérose en plaques);
- les adultes atteints de cancer;
- et autres.

Etat de santé recherché

Dans l'étude du phénomène de réadaptation, les soins infirmiers doivent être orientés vers la prévention des complications susceptibles de retarder la réadaptation, vers la restauration partielle ou totale des fonctions perturbées et, s'il y a lieu, vers la réintégration sociale de l'individu, afin de lui permettre d'acquérir une autonomie compatible avec ses capacités. En d'autres termes, le but des soins infirmiers serait d'aider l'individu à s'aider lui-même (Engstrand, 1976; Brunner, 1979; Du Gas, 1980).

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Rééducation motrice Voici quelques exemples de données objectives: - la paralysie - les fractures - l'amputation - l'arthrite.	- Il faut prévenir ou minimiser les risques de déformations, de contractures. - Il faut que le client parvienne à augmenter la force musculaire au niveau du ou des membres atteints. - Il faut que le client parvienne à maintenir ou augmenter l'amplitude du mouvement articulaire. - Il faut que le client participe aux prises de décision. - Il faut que le client parvienne à utiliser adéquatement un appareil de support ou de remplacement. - Il faut que le client parvienne à effectuer des activités de la vie quotidienne dans les limites de ses capacités.	1) Etablir une relation de confiance; éviter les attitudes stéréotypées. 2) Coordonner les différentes activités du client et assurer la continuité des soins avec l'ergothérapie, la physiothérapie. 3) Evaluer les capacités et incapacités du client (feuille des activités de la vie quotidienne). 4) Effectuer des exercices passifs et/ou actifs d'amplitude du mouvement. 5) Effectuer les changements de position q 2 h ou encourager le client à changer de position et lui expliquer le pourquoi.	- Il augmente progressivement sa force musculaire au niveau du membre atteint. - L'amplitude du mouvement est augmentée.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		6) Etablir avec le client un horaire d'hydratation en respectant les goûts du client. 7) Equilibrer les périodes de repos et d'activités. 8) Donner du support; motiver le client; valoriser les moindres progrès. 9) S'assurer que le client reçoit une alimentation bien équilibrée et qu'il en comprend les principes. 10) Respecter les principes d'apprentissage dans l'enseignement des activités de la vie quotidienne et des techniques concernant l'usage des béquilles, cannes, orthèses et prothèses. 11) Intégrer la famille, s'il y a lieu, au processus de réadaptation.	- Il participe aux prises de décision. - Il utilise un appareil de support ou de remplacement en respectant la technique. - Il effectue des activités de la vie quotidienne en rapport avec la mobilité, le déplacement, l'hygiène, l'alimentation, l'élimination.
	Réf.: Brunner, 1979.		

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Rééducation sexuelle Données subjectives et objectives: - sentiment de honte - sentiment de culpabilité - anxiété - diminution de l'estime de soi - diminution de l'habileté à remplir les rôles sexuels - crainte d'aggraver les problèmes physiques par l'activité sexuelle - impuissance - frigidité - dyspareunie.	- Il faut que le client parvienne à exprimer ses préjugés, ses craintes, ses inquiétudes concernant les effets de la maladie et du traitement sur son identité sexuelle. - Il faut que le client parvienne à acquérir ou améliorer son équilibre sexuel.	1) Prendre conscience de ses propres attitudes et croyances face à la sexualité et ne pas les transmettre au client. 2) Accepter la sexualité des autres sans porter de jugement. 3) Etablir un climat de confiance. 4) Ne pas forcer le client à s'exprimer sur la sexualité. 5) Evaluer les besoins du client en regard de la sexualité, afin d'identifier des problèmes; saisir les messages indirects indiquant des préjugés, des craintes; les questions concernant son expérience sexuelle doivent être posées de manière à faire appel à l'universalité du sujet à discuter; être à l'écoute.	- Il exprime ses craintes, ses inquiétudes concernant son identité sexuelle. - Il parvient à acquérir un certain équilibre sexuel; à diminuer ses craintes, son anxiété.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		6) Informer le client sur les effets de la maladie et/ou du traitement sur la sexualité. 7) Donner du support. 8) Aider le client à trouver des moyens permettant de réduire l'anxiété. 9) Valoriser le client pour augmenter son estime de soi. 10) Référer au thérapeute, s'il y a lieu.	
	Réf.: Hogan, 1980; Littlefield, 1977.		

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Rééducation cardiaque Données objectives: - il a fait un infarctus - il est incapable de doser ses activités - il ne suit pas sa diète. Données subjectives: - il est anxieux - il craint une crise éventuelle.	- Il faut prévenir le développement d'une insuffisance cardiaque congestive. - Il faut que le client parvienne à modifier ses habitudes de vie, ses activités en fonction de ses activités.	1) Identifier les besoins d'apprentissage du client en rapport avec la nature de la maladie et les éléments de la thérapie, soit le repos, le contrôle des activités, les recommandations diététiques et l'usage du tabac. 2) Renseigner le client sur les éléments cités plus haut en tenant compte du "readiness to learn". 3) Répondre avec clarté aux questions posées par le client. 4) Favoriser les contacts avec des gens présentant des problèmes similaires afin de suggérer un modèle à imiter.	- La pulsation et la respiration demeurent stables, suite à la reprise progressive des activités. - Il parvient à réorganiser ses activités en respectant ses limites. - Il accepte de suivre sa diète.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS À ENTREPRENDRE	EVALUATION
		5) Fournir des renforcements positifs. 6) Aider le client à mobiliser ses énergies afin de changer certains comportements et habitudes de vie. 7) Evaluer les connaissances acquises, ses habiletés psycho-motrices et le comportement du client.	
	Réf.: Brunner, 1979.		

L'ENVAHISSEMENT

Définition

Phénomène qui entraîne des modifications du métabolisme cellulaire causées soit par des agents physiques, chimiques ou biologiques, soit par une prolifération cellulaire anarchique. Ce phénomène provoque des réactions de défense de la part de l'organisme envahi et des changements au niveau du fonctionnement et de la structure des organes. Outre les réactions biologiques, ce phénomène entraîne chez l'individu des réactions d'ordre psychologique dues à la nature de l'atteinte, à la difficulté d'acceptation de cette atteinte, au type et à la durée de la thérapie suggérée ainsi qu'à l'incertitude vécue par celui-ci face à l'issue et au succès des interventions planifiées.

Etiologie

L'envahissement survient lorsque des agents soit infectieux, soit cancérigènes trouvent un hôte sensible à leur action. L'hôte est sensible à l'infection ou au cancer dans les conditions suivantes:

- quand il y a contact fréquent avec des agents envahisseurs tels que les rayons, les radiations, les produits chimiques;
- quand l'organisme n'est pas suffisamment protégé par des mesures d'hygiène, des vaccins ou des sérums;
- quand l'organisme manque de repos;
- quand la personne vit dans des conditions de stress chronique et que ses habitudes de vie sont déréglées;
- quand la personne vit dans des milieux insalubres où les sources de contamination sont nombreuses.

Dynamique

Pour comprendre le phénomène de l'envahissement, il importe de connaître les mécanismes de défense impliqués lors de la pénétration, de l'installation et de la propagation des agents infectieux ainsi que des moyens de défense dont dispose l'organisme pour se défendre contre cette invasion. L'individu réagit également à cette invasion et ses réactions seront variables selon la nature de l'invasion et le type de thérapie nécessité pour contrer l'infection.

D'autres types de mécanismes sont mis en branle lorsque l'envahissement est causé par des cellules anarchiques qui prolifèrent à des vitesses et à des sites variables et ce, indépendamment de leur milieu d'origine. Les réactions psychologiques seront d'autant plus importantes que l'individu atteint d'un cancer ne connaît pas l'issue de l'atteinte et qu'il expérimente la douleur dans toutes ses composantes, c'est-à-dire physiques, psychiques et morales.

Pour décrire ces mécanismes particuliers, nous avons retenu deux sous-concepts permettant de les détailler; ce sont le processus infectieux et le processus tumoral.

Le processus infectieux

Lorsque les défenses immunologiques de la personne sont perturbées, des agents soit physiques, chimiques ou biologiques peuvent envahir l'organisme, y croître et s'y multiplier. Le cycle de l'infection est alors complet puisqu'il comporte un agent pathogène, un hôte sensible et un environnement.

Les causes de la défaillance des mécanismes immunologiques sont nombreuses et variées. Citons par exemple la malnutrition, la maladie chronique, l'âge, les déséquilibres de l'organisme, les mauvaises habitudes

de vie telles que le manque de repos, l'usage de cigarettes et la consommation d'alcool ainsi que des composantes psychologiques peuvent également entrer en ligne de compte.

Les réactions de l'organisme à cette invasion seront soit locales, soit générales et le comportement de l'individu face à ces réactions fera l'objet d'une attention particulière.

Les réactions locales illustrent bien l'effort de l'organisme pour lutter contre l'envahisseur. La rougeur et la chaleur s'expliquent par une augmentation de la circulation sanguine à cet endroit. Les cellules endommagées produisent l'histamine et la leucotoxine pour attirer les globules blancs qui s'attaqueront aux bactéries ou aux cellules nécrosées. Ces substances permettront également aux liquides, aux protéines et aux leucocytes de pénétrer cette région, ce qui explique le gonflement. Ce gonflement en retour provoque la douleur et la limitation des mouvements (Vander, 1977).

Les réactions générales du corps à l'infection se vérifient par l'apparition de signes avant-coureurs, tels que la modification des signes vitaux et des plaintes de la personne au sujet de la fatigue et des malaises généralisés.

L'élévation de la température corporelle est le signe le plus commun et le plus frappant. La fièvre est induite par une substance chimique endogène libérée lors d'une infection ou d'une inflammation. Cette

substance appelée pyrogène agit directement "sur les thermorécepteurs et modifie leur niveau d'excitation et les informations données au centre d'intégration" (Vander, 1977). La fièvre ne contribue pas à protéger la personne contre l'infection, mais elle impose une contrainte supplémentaire à l'organisme en augmentant la vitesse de toutes les réactions chimiques.

Une autre manifestation générale de l'infection est la leucocytose, c'est-à-dire l'augmentation de la production des globules blancs, mais on ignore encore les facteurs qui expliquent ce phénomène.

D'autres manifestations telles que la fatigue, les malaises généralisés, l'état de faiblesse, le manque d'appétit et les maux de tête sont très souvent associés aux autres signes d'infection mais encore là on ne connaît pas les mécanismes qui expliquent ces phénomènes (Vander, 1977).

Le processus tumoral

La faculté de division et par conséquent de reproduction est une caractéristique fondamentale de la plupart des cellules vivantes. La cellule normale contient et transmet des informations génétiques, mais lorsqu'elle ne communique pas parfaitement l'information, la désorganisation s'installe et cette croissance dite anarchique cause ce que l'on appelle le cancer (Vander, 1977).

Plusieurs théories tentent d'expliquer cette division anarchique des cellules. Parmi celles-ci, nous trouvons l'influence des substances diététiques ou chimiques dites carcinogènes, les radiations, les virus carcinogènes, les facteurs génétiques ou encore les mutations somatiques (Burkhalter, 1978).

Il existe également une corrélation entre la composante psychologique et l'envahissement par le processus tumoral. Les études ont démontré que la personne atteinte d'un cancer éprouve des difficultés à exprimer ses émotions ou de l'hostilité, qu'elle vit des conflits non résolus et par conséquent beaucoup de tension. La perte d'un être cher ou d'un travail peut également contribuer à déclencher le processus (Burkhalter, 1978; Simonton, 1978; LeShan, 1980).

La cellule cancéreuse possède en outre des propriétés particulières, elle n'adhère pas aux autres cellules, ce qui lui permet de se disperser dans l'organisme et de continuer de croître pour former d'autres tumeurs. C'est ce que l'on appelle métastases et elles s'expliquent par l'entrée des cellules cancéreuses dans la circulation sanguine (Simonton, 1978).

L'individu qui vit un envahissement se trouve affecté non seulement physiquement et physiologiquement par les effets du phénomène, mais en plus il devra composer avec les diverses sensations et émotions éprouvées lors de la découverte de l'atteinte, et avec les multiples manifestations

reliées au problème dont la douleur, la fatigue, la peur, l'isolement et l'insécurité.

La restauration de l'espoir, une bonne attitude mentale peuvent affecter le cours du processus physiologique. La personne devra donc recevoir l'aide nécessaire pour trouver les ressources pouvant rétablir l'estime et l'acceptation de soi et pour mobilier les mécanismes pour la survie, agents indispensables de la guérison (LeShan, 1980; Cousins, 1980).

Différentiation du problème

Nous verrons dans l'envahissement d'abord et surtout les problèmes entraînés par la malignité du processus tumoral et non par la bénignité.

Ces problèmes seront étudiés dans les manifestations structurales et fonctionnelles, mais sans aborder le déséquilibre des fonctions en soi.

Dans l'étude du processus infectieux, nous exclurons les problèmes causés par les maladies tropicales, parasitaires et contagieuses.

Populations ou situations à risque

- Les individus en état de fatigue prononcé;
- les malades chroniques;
- les personnes âgées;
- les personnes vivant dans des conditions d'hygiène et de salubrité déplorables;
- les personnes qui n'ont jamais reçu de vaccins prophylactiques;
- les personnes défavorisées qui n'ont peu ou pas recours aux services sociaux;
- les travailleurs des centrales nucléaires, les radiologistes et les techniciens en radiologie;
- les fumeurs et les grands consommateurs d'alcool;
- les personnes hospitalisées;
- les veufs (veuves) et les divorcé(e)s.

Etat de santé recherché

Le but des soins infirmiers dans l'étude du phénomène d'envahissement serait d'aider le client à se défendre et à lutter contre les agents envahisseurs et leurs conséquences.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Processus infectieux Données subjectives: - se plaint de malaises généralisés, de courbatures - se dit fatigué - perte d'appétit - se plaint de douleur - dit avoir des maux de tête. Données objectives: - élévation de la température corporelle - augmentation du pouls - respiration plus rapide - frissons - diaphorèse - leucocytose - rougeur, chaleur, douleur, oedème au site d'infection.	Il faut: - procurer un soulagement symptomatique;	1) Appliquer des compresses humides chaudes sur la région affectée. 2) Assurer une position confortable et frictionner régulièrement. 3) Administrer les analgésiques tels que prescrits. 4) Appliquer des compresses froides sur le front et éviter les sources lumineuses éblouissantes. 5) Offrir beaucoup de liquides et éviter les aliments nécessitant une digestion laborieuse.	- Le client est capable de se reposer calmement; la température corporelle ne dépasse pas 37.5°-38.5°C. - Le client s'hydrate beaucoup même s'il s'alimente peu. - L'analgésique et les installations fréquentes procurent un soulagement des douleurs et des malaises. - L'application de compresses humides procure un soulagement local de la douleur.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
	- contrôler l'infection;	6) Utiliser des techniques aseptiques lors des soins de la plaie. 7) Administrer les antibiotiques tels que prescrits et à heure fixe. 8) Renseigner le client sur la thérapie médicamenteuse. 9) Surveiller les effets secondaires des antibiotiques et les signes d'intolérance. 10) Encourager le client à se reposer pour conserver son énergie. 11) Prévenir l'infiltration ou la destruction de la veine utilisée pour administrer l'antibiotique. 12) Hydrater abondamment.	- La température corporelle baisse sinon se maintient sans dépasser 37.5°-38.5°C. - Le client connaît le but du traitement et participe à la vérification des paramètres. - Le client garde le lit le plus souvent possible et limite ses activités. - Le client surveille le débit du soluté et avertit de tout changement; il sait qu'il doit avertir au moindre signe de douleur ou de gonflement au site d'injection.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
	- favoriser le repos et procurer un soutien physiologique;	13) Aider le client à accomplir les soins d'hygiène.	- Le client demande de l'aide pour ses soins.
		14) Limiter les activités physiques.	- Le client mesure et limite ses activités et se ménage des périodes de repos complet durant la journée.
		15) Procurer un environnement propice au repos.	
		16) Utiliser les mesures pour abaisser la température corporelle.	- Le client est capable de réclamer des liquides et participe à son dosage des ingesta et excreta.
		17) Hydrater abondamment.	
		18) Garder une veine ouverte.	
		19) Grouper les soins.	
	- prévenir les complications.	20) Utiliser des mesures d'asepsie rigoureuse.	- La température s'abaisse ou se maintient.
		21) Surveiller les signes vitaux régulièrement.	- Le client est placé dans une chambre d'isolement et on observe une asepsie rigoureuse.
		22) Surveiller la température.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		23) Détecter tous signes d'infection systémique, tels que apathie, température élevée, signes de l'état de choc. 24) Utiliser toutes les mesures pour éviter de répandre l'infection.	- Le client est placé sous surveillance étroite. - Le personnel est le plus souvent très stable auprès du client. - Les visiteurs sont limités et sont mis au courant de la technique spéciale. - L'état de conscience du client est bon et stable.
	Réf.: Brunner, 1979; Du Gas, 1980.		
Processus tumoral Données subjectives: - se dit fatigué constamment - se plaint de perdre du poids	Il faut qu'il: - parvienne à faire face au diagnostic;	1) Répondre aux questions sans détour.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- s'inquiète face au futur - se culpabilise d'avoir tardé à consulter - dit avoir très peur de la maladie, des traitements, de la chirurgie - pleure et réagit avec désespoir - pose souvent la question "Pourquoi moi?"		2) Inviter la famille à participer aux soins, à lui procurer du support et une présence chaleureuse. 3) L'aider à verbaliser ses craintes. 4) Formuler les questions pour lui s'il ne peut le faire.	- S'exprime assez librement, pose des questions à tous ceux qui le soignent. - Vérifie constamment les informations reçues. - Pleure librement et exprime son anxiété.
Données objectives: - toux persistante, voix enrouée - perte de poids - anxiété marquée - cherche de l'aide - saignements ou pertes sanguines inhabituelles, soit vaginales ou intestinales - perturbation de l'élimination intestinale ou vésicale - apparition d'une masse palpable ou visible radiologiquement - cellules néoplasiques présentes dans les tissus prélevés - naevus qui se transforme. - plaie qui ne guérit pas.	- reçoive des informations sur la maladie, les traitements et les examens dans un langage simple, à sa portée; - reçoive une préparation adéquate en vue d'une chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie;	5) Définir les termes avec lui. 6) Lui procurer des feuillets explicatifs. 7) Favoriser les échanges avec ses médecins traitants. 8) Inviter son médecin à expliquer la nature de l'intervention.	- Comprend les explications données face aux traitements et examens. - Connaît les conséquences de la maladie et du traitement. - Participe activement et collabore. - Connaît la nature de l'intervention proposée et peut l'expliquer dans ses propres mots.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		9) Faire l'enseignement pré et post-opératoire.	- Sait ce qu'il devra faire en post-opératoire et ce qu'on attend de lui.
		10) Commencer les actions pouvant faciliter sa réadaptation.	- Manifeste clairement son désir de connaître ou d'ignorer le résultat et le pronostic.
		11) Montrer les appareils et leur fonctionnement.	
		12) Lui présenter le personnel des unités de soins spécialisés.	
		13) Evaluer ses connaissances et son désir de connaître les résultats des examens.	
		14) Renseigner sur la diète pour éviter les problèmes nutritionnels.	
	- prévienne les complications de la chimiothérapie et de la radiothérapie;	15) Renseigner le client sur les effets secondaires et lui donner le nom des médicaments qu'il reçoit.	- Connaît les médicaments utilisés et connaît également les effets secondaires à surveiller.
		16) Surveiller les signes de toxicité et les effets secondaires tels que: leucopénie, thrombocytopénie,	- Sait ce qu'il faut faire pour les éviter si possible.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		infections nasales et buccales, ulcères buccaux, anorexie, nausées et vomissements, diarrhée, stomatite et alopécie. 17) L'aider à surmonter son dégoût des aliments. 18) Diète riche en calories et en protéines pour éviter les troubles nutritionnels. 19) Aliments froids et mous, si présence d'inflammation buccale. 20) Collations fréquentes. 21) Suppléments vitaminiques. 22) Protéger la peau irradiée et éviter les expositions au soleil. 23) Aider pour les soins d'hygiène et pour préparer son cabaret afin d'économiser son énergie.	- Est capable de choisir des aliments riches en calories et en protéines. - Sait ce qu'il convient de manger dans différentes circonstances. - Connaît les soins d'hygiène pour la peau irradiée. - N'emploie aucun produit irritant pour soulager l'irritation sauf ceux prescrits. - Accepte d'être aidé afin de conserver son énergie pour lutter contre la maladie.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS À ENTREPRENDRE	EVALUATION
	- obtienne un soulagement de la douleur;	24) Offrir les analgésiques au besoin. 25) Renseigner sur l'importance de les recevoir régulièrement si la douleur est constante. 26) Installer confortablement et changer les positions fréquemment. 27) Eviter toute inquiétude face aux répétitions de la dose de l'analgésique. 28) Enseigner les techniques de relaxation.	- Ne ressent plus la douleur et ne s'inquiète plus au sujet de la répétition des doses d'analgésiques. - Dort bien la nuit et est capable de se reposer au cours de la journée. - Capable de se concentrer pour parfaire des activités intellectuelles.
	- partage avec quelqu'un la frustration d'être privé de la jouissance de la santé.	29) Etre à l'écoute, se montrer disponible et offrir une présence chaleureuse. 30) Inviter la famille à collaborer aux soins le plus souvent possible. 31) Répondre aux questions s'il en pose.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
		32) Assurer la continuité des soins avec l'équipe soignante.	
	Réf.: Brunner, 1979; Rose, 1978; Klagsburn, 1971.		

LE DESEQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

Définition

Phénomène se référant à un désordre ou à un dérangement aigu ou chronique de l'environnement interne de l'organisme, c'est-à-dire de ses comportements liquidiens. Ce déséquilibre peut être localisé ou généralisé et entraîne des modifications d'une ou plusieurs fonctions organiques. La ou les fonctions touchées deviennent hyper, hypo ou désorganisées (Bélan, 1970; Metheney et Snively, 1979).

Etiologie

Le phénomène de déséquilibre hydro-électrolytique survient lorsque les mécanismes homéostatiques sont dépassés et ne peuvent plus maintenir la stabilité de l'environnement interne de l'organisme. Le déséquilibre hydro-électrolytique peut être primaire ou secondaire à d'autres conditions. Toute maladie ou traumatisme affectant l'équilibre des ingesta et excreta risque de causer un déséquilibre hydro-électrolytique. De plus, toute malfonction d'un des organes de l'homéostasie, soit le rein, le coeur, les

poumons, l'hypophyse, les surrénales ou les parathyroïdes, entraîne des difficultés de régulation des liquides de l'organisme (Metheny et Snively, 1979).

Dynamique

Pour fonctionner normalement, la cellule requiert le maintien d'un environement interne relativement stable, ce qui est appelé l'homéostasie. Cela veut dire que chaque cellule, pour préserver sa normalité, doit être entourée constamment par un liquide ayant certaines propriétés physiques et chimiques définies. L'homéostasie n'est pas une constante absolue, mais un équilibre dynamique variant à l'intérieur de limites étroites. Un dérangement dépassant ces limites n'est pas compatible avec le fonctionnement normal de la cellule. L'environnement interne, particulièrement le compartiment liquidien extra-cellulaire, doit avoir une marge de température définie; il doit être capable de fournir l'oxygène et les matériaux essentiels à la cellule ainsi qu'éliminer leurs sécrétions et leurs produits de déchets. Selon Guyton, les fonctions de tous les organes du corps ont un seul but, celui de maintenir les conditions constantes dans les liquides entourant les cellules, permettant aux cellules de continuer à vivre, à grandir et à se reproduire. Tel que mentionné plus haut, certains organes sont particulièrement impliqués dans le maintien de l'homéostasie (Watson, 1972).

Lorsque la stabilité du compartiment liquidien extra-cellulaire est rompue, ses constituants sont modifiés en quantité et en qualité. Le volume liquidien peut être augmenté ou diminué. La concentration des électrolytes qui y sont dissous peut être altérée. De plus, des mouvements de liquides et d'électrolytes du compartiment extra-cellulaire à un autre peuvent se produire. C'est ce que l'on appelle les déséquilibres hydro-électrolytiques.

Metheny et Snively ont décrit les désordres hydro-électrolytiques et les ont classés en trois groupes: les désordres de volume, de concentration et de mouvement du liquide extra-cellulaire. Dépendant de la sévérité de la maladie, un individu peut souffrir d'un ou de plusieurs déséquilibres.

Pour les fins de notre étude, nous avons privilégié cette classification. Nous allons voir les mécanismes impliqués dans les trois catégories de désordres.

Les déséquilibres de volume

Les déséquilibres de volume du liquide extra-cellulaire représentent les excès et les déficits en eau et en électrolytes, en proportion égale, ne changeant pas l'osmolarité. Donc, le pourcentage d'eau et

d'électrolytes reste le même. Il est important à noter que, si des changements de volume du liquide extra-cellulaire demeurent non corrigés, il s'ensuivra les mêmes changements au niveau du compartiment liquidien intra-cellulaire.

Les déficits de volume peuvent se développer lentement ou très rapidement, évoluant à la mort dans quelques heures. Ces déficits résultent soit d'une diminution des ingesta, soit d'une augmentation excessive des excreta ou soit d'une combinaison des deux.

L'excès de volume se développe lorsque les reins sont incapables de débarrasser l'organisme du surplus d'eau et d'électrolytes. Cela peut être dû à une trop grande administration parentérale de liquide isotonique. Dans d'autres cas, un excès de sodium précède l'augmentation du volume extra-cellulaire. Le désordre survient lorsque les fonctions homéostatiques sont altérées par une maladie, soit par exemple dans l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, ... Ici, l'excès de sodium attire l'eau de la cellule pour maintenir l'osmolarité extra-cellulaire (Metheny et Snively, 1979).

Les déséquilibres de concentration

Un changement dans la concentration d'un électrolyte peut se produire soit par une modification de la quantité de l'électrolyte ou du volume total d'eau dans le liquide extra-cellulaire. Par exemple, l'hyponatrémie peut résulter d'une diminution dans l'apport ou une augmentation des pertes en sodium, ou bien une augmentation de l'apport ou une diminution des pertes d'eau.

Le sodium est le principal cation extra-cellulaire. C'est grâce à lui que l'osmolarité est maintenue. Les autres électrolytes étant en plus petite quantité influencent moins l'osmolarité extra-cellulaire.

Mais tous les électrolytes affectent l'irritabilité de la jonction neuro-musculaire. Une élévation de la concentration du sodium et du potassium augmente l'irritabilité neuro-musculaire et une baisse de leur concentration la diminue. L'irritabilité neuro-musculaire est diminuée par une élévation de la concentration du calcium ou des ions hydrogène. Une baisse de calcium ou d'ions hydrogène augmente l'irritabilité neuro-musculaire. Le potassium affecte le fonctionnement du muscle cardiaque, des muscles squelettiques et possiblement des muscles lisses.

La normalité des liquides de l'organisme dépend non seulement de la concentration des électrolytes, mais aussi de la concentration des acides et des bases. Les acides sont des substances contenant des ions

hydrogène qui peuvent être libérés à d'autres substances, tandis que les bases ne contiennent pas d'ions hydrogène mais peuvent accepter des acides.

Les désordres acido-basiques ou les changements dans la concentration des ions hydrogène entraînent une altération dans le ratio acide carbonique/bicarbonate dans le plasma. Dans les désordres métaboliques, les changements se situent au niveau des bicarbonates. Dans les désordres respiratoires, c'est l'acide carbonique qui est touché (Metheny et Snively, 1979; Bélan, 1970).

Les déséquilibres de mouvement

Normalement, le liquide extra-cellulaire est composé d'un quart de plasma et de trois-quarts de liquide interstitiel. Les deux liquides sont très similaires, à l'exception des protéines contenues dans le plasma. C'est grâce aux protéines exerçant une pression oncotique qui empêchent une trop grande quantité d'eau et de sel de passer dans le compartiment interstitiel, sous l'action de la pompe cardiaque qui exerce une pression hydrostatique. Mais dans certaines conditions, des mouvements excessifs d'eau et d'électrolytes se produisent entre les deux compartiments. Le mécanisme est facile à comprendre lorsqu'il y a une perte de protéines plasmatique, mais dans d'autres conditions, le mécanisme demeure obscur.

Les mouvements du plasma à l'interstitiel

Lorsqu'une quantité anormale de liquide passe du plasma à l'interstitiel, il se produit une diminution du volume plasmatique et une augmentation du volume du liquide interstitiel. Le ratio 1:3 est rompu. Ce déséquilibre se produit suite à des brûlures sévères, des traumatismes sévères et parfois suite à une intervention chirurgicale. Les manifestations cliniques s'apparentent à l'état de choc (Metheny et Snively, 1979).

Les mouvements de l'interstitiel au plasma

Les mouvements de liquide de l'interstitiel au plasma surviennent toujours suite à la période de recouvrement du désordre contraire. Si trop de liquide est administré pour rétablir le volume plasmatique, il se peut qu'après le recouvrement, le liquide interstitiel soit remobilisé et cause une hypervolémie plasmatique. Ce désordre peut également se produire lorsque des solutions hypertoniques sont administrées et augmentent la pression osmotique. Il peut survenir aussi suite à une hémorragie pour compenser les pertes en eau et en électrolytes (Metheny et Snively, 1979).

Voici une liste de pathologies pouvant affecter l'équilibre hydro-électrolytique: les brûlures, les traumatismes sévères, le diabète mellitus non contrôlé, les maladies gastro-intestinales, les problèmes surrénaliens, de l'hypophyse, des parathyroïdes, l'emphysème, l'insuffisance

rénale, cardiaque, les traumatismes cérébraux, ...

Différentiation du problème

L'aspect physio-pathologique du concept de déséquilibre hydro-électrolytique est traité ici. Le vécu du client n'est pas étudié; en effet, si le client souffrant de déséquilibre hydro-électrolytique est en phase aiguë, on se réfère au phénomène d'acuité ou s'il est à une phase chronique, on se réfère au concept de chronicité.

Le phénomène de déséquilibre hydro-électrolytique peut aussi s'appliquer à d'autres concepts, tels l'immobilité et l'envahissement, puisqu'il est souvent une conséquence ou une complication à des maladies se rattachant à ces concepts.

Populations ou situations à risque

- Ingesta inadéquats: perte d'appétit, diète absolue, faiblesse, ...

- pertes excessives dans les conditions suivantes:
  - . fièvre
  - . transpiration abondante
  - . vomissements
  - . succion gastrique ou intestinale
  - . diarrhée
- thérapie prolongée aux diurétiques, laxatifs, lavement ou aux corticoïdes
- effets cataboliques causés par:
  - . l'immobilisation
  - . plaies suintantes
  - . intervention chirurgicale
  - . traumatisme (Metheny et Snively, 1979).

Etat de santé recherché

Le but des soins infirmiers dans l'étude du phénomène de déséquilibre hydro-électrolytique serait d'assister le client à rétablir l'équilibre de son environnement interne.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
Déséquilibre de volume Données objectives et subjectives: A) Diminution de volume: - diminution du débit urinaire: 40 ml - diminution de la pression artérielle en position debout - diminution de la température - perte de poids - mauvais turgor - peau et muqueuses sèches - soif. B) Excès de volume: - oedème des paupières - oedème périphérique - râles humides aux poumons - augmentation du poids - ascite - liquide dans la plèvre - oedème pulmonaire	1) Restaurer ou maintenir l'équilibre hydro-électrolytique. 2) Maintenir un bon fonctionnement des mécanismes régulateurs. 3) Se reposer et être confortable. 4) Protéger des accidents et des infections.	1) Observer et surveiller: - les signes vitaux et la température - l'état de la peau et des muqueuses - le turgor - l'état mental - le poids (le matin, sur la même balance, vessie vide, mêmes vêtements) - l'oedème: . lorsque debout: aux extrémités . au lit: région sacro-dorsale . si prend le godet - la fatigue - l'état des muscles - la fréquence et le caractère des selles - les analyses de laboratoires: électrolytes, pH, PCO_2, bicarbonates; avertir le médecin au besoin - le faciès: oedème ou yeux creux.	- Signes vitaux et température dans les limites de la normale. - Etat de la peau et des muqueuses satisfaisant. - Stabilité du poids. - Equilibre entre les ingesta et les excreta. - Vigilant. - Orienté dans le temps, l'espace et aux personnes. - Toxicité musculaire dans les limites de la normale. - Est détendu lors de l'éveil et pendant le sommeil.

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- augmentation de la pression artérielle Laboratoire: hémodilution.		2) Faire le dosage des ingesta et des excreta. 3) Surveiller l'alimentation et l'hydratation: - repas appétissants et équilibrés selon la diète (baisse du sodium ou hausse du potassium, baisse du calcium ou hausse du ...) - encourager l'hydratation au besoin: donner selon le goût, varier, donner de petites quantités à la fois.	- Régression de l'oedème. - Apparence physique de confort (expression non verbale). - Expression verbale de confort. - Electrolytes et autres analyses dans les limites de la normale. - Aucun accident physique.
Déséquilibre de concentration <u>Données objectives et subjectives:</u> - changement dans le comportement: irritabilité, agitation, hallucinations, désorientation, confusion, stupeur évoluant au coma		4) Soins de la peau et des muqueuses: - crème sur les lèvres - soins buccaux fréquents - crème hydratante pour le corps - literie propre - massage des points de pression	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- fatigabilité - changements au niveau des muscles: faiblesse musculaire, hypertonie musculaire, signe de Chvosteck positif, signe de Trousseau positif, tremblements, spasmes musculaires, convulsions ou tétanie - engourdissement des extrémités - anorexie, soif - crampe abdominale, diarrhée - constipation - oligurie / polyurie - sécheresse de la peau et des muqueuses - mauvais turgor - hyperventilation ou hypoventilation - diminution de la pression artérielle, pulsation faible, irrégulière, rapide ou lente - augmentation ou diminution de la température Laboratoire: - augmentation ou diminution des électrolytes - augmentation ou diminution du pH		- surveiller de près la peau aux endroits des oedèmes. 5) Si sondage gastrique ou intestinal: - irriguer le tube avec du sérum physiologique - éviter de donner de la glace à sucer: eau du robinet est hypotonique - ne pas irriguer trop souvent: ceci stimule les sécrétions gastriques, donc augmente les pertes. 6) Si gavage: - vérifier la rétention gastrique avant - donner lentement au même débit - terminer avec de l'eau pour irriguer le tube et augmenter les ingesta (les solutions des gavages sont très concentrées en protéines et calories). 7) Si solution intra-veineuse: - vérifier le débit fréquemment - choisir un bon site intra-veineux	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
- augmentation ou diminution des bicarbonates - augmentation ou diminution du PCO_2 - augmentation ou diminution de la densité urinaire - changements à l'E.C.G.		- ne pas accélérer le débit pour rattraper le temps perdu, surtout chez les vieillards, cardiaques, malades rénaux, traumatismes cérébraux.	
Déséquilibre de mouvements Données objectives et subjectives: A) Du plasma à l'interstitiel: - augmentation du poule, rapide et filant - diminution de la pression artérielle - extrémités froides - désorientation, coma - pâleur Laboratoire: hémoconcentration.		8) Donner les diurétiques tels que prescrits et surveiller les effets secondaires; donner les suppléments diététiques pour prévenir des débalancements électrolytiques (ex.: diète riche en K, ...) 9) Prendre la densité urinaire au besoin. 10) Mettre les côtés de lit si le client est désorienté et confus.	

MANIFESTATIONS EN RAPPORT AVEC LES SOUS-CONCEPTS	EXIGENCES DE SELF-CARE THERAPEUTIQUES	PLANIFICATION DES ACTIONS A ENTREPRENDRE	EVALUATION
B) De l'interstitiel au plasma: - engorgement des veines périphériques - râles humides aux poumons - pouls bondissant - augmentation de la pression artérielle.		11) Prévenir l'infection: asepsie en tout temps (les clients qui souffrent de débalancements hydro-électrolytiques sont susceptibles à l'infection). 12) Favoriser le repos: - grouper les soins à donner - bonne température de la chambre - silence - ...	

2.— LISTE DES SITUATIONS

MEDICO-CHIRURGICALES

LISTE DES SITUATIONS EN RAPPORT AVEC CHAQUE CONCEPT

Acuité

- Malade atteint d'une hémorragie digestive.
- Malade atteint d'une colique néphrétique.

Chronicité

- Malade atteint de cirrhose du foie.
- Malade souffrant d'hypertension artérielle.

Réadaptation

- Malade ayant eu un accident vasculaire cérébral.
- Le paraplégique.

Immobilité

- Le polytraumatisé.
- Le malade ayant une fracture du fémur.
- Le malade ayant une hernie discale.

Modification de l'image corporelle

- Le dialysé.
- L'homme ayant eu une prostatectomie.
- Le client atteint de psoriasis.

Envahissement

- Le malade atteint d'un cancer du poumon.
- Le malade atteint d'un cancer de l'estomac.
- Le malade atteint d'un cancer du larynx.
- Le malade ayant une infection nosocomiale (infection hospitalière).

Déséquilibre hydro-électrolytique

- Le malade atteint d'insuffisance rénale.
- Le malade atteint d'insuffisance cardiaque.

LISTE DES SITUATIONS D'INTEGRATION AVEC, ENTRE PARENTHESES, LES CONCEPTS QU'ELLES ILLUSTRENT

- Femme atteinte d'un néo du sein (envahissement, modification de l'image corporelle, réadaptation).

- Le quadriplégique (acuité, immobilité, réadaptation).

- L'amputé (acuité, modification de l'image corporelle, réadaptation).

- Client atteint d'hypertension intra-crânienne (acuité, déséquilibre hydro-électrolytique, immobilité, chronicité, réadaptation).

- Client ayant subi un infarctus (acuité, immobilité, modification de l'image corporelle, réadaptation).

- Client atteint d'arthrite (chronicité, modification de l'image corporelle, immobilité).

- Le diabétique (acuité, déséquilibre hydro-électrolytique, chronicité, modification de l'image corporelle).

- Le malade atteint de colite ulcéreuse (acuité, déséquilibre hydro-électrolytique, chronicité, modification de l'image corporelle).

- L'ulcéreux (acuité, chronicité).

- L'emphysémateux (chronicité, déséquilibre hydro-électrolytique).

CONCLUSION

L'objectif général de la présente recherche a été d'élaborer une méthode conceptuelle permettant l'application d'une démarche nursing dans l'enseignement théorique des soins infirmiers médico-chirurgicaux. Pour ce faire, nous avons choisi des concepts illustrant la réalité du nursing médico-chirurgical; nous les avons analysés, développés et articulés en fonction du modèle nursing d'Orem; et nous avons choisi des situations médico-chirurgicales illustrant ces concepts.

Nous croyons que le succès de cette méthode réside non seulement dans la qualité de son élaboration, mais aussi dans la qualité de son application. Nous avons pensé à quelques ébauches de solution au niveau des implications pédagogiques de la méthode. Ce que nous visons comme objectif, c'est d'articuler les concepts de manière à favoriser la cohérence et l'unité.

Pour ce faire, nous suggérons l'ordre chronologique suivant dans la présentation des concepts: l'acuité, la chronicité, la modification de l'image corporelle, l'immobilité, l'envahissement, les déséquilibres hydro-électrolytiques et la réadaptation. La démarche d'application de la méthode conceptuelle pourrait être la suivante: dans un premier temps, nous suggérons la présentation de chacun des concepts et leur application dans deux ou trois situations fictives permettant d'illustrer le phénomène étudié; et dans un deuxième temps, nous suggérons la présentation des situations

d'intégration permettant d'illustrer plusieurs phénomènes. Au niveau des activités d'apprentissage, nous croyons qu'une part importante doit être accordée au travail personnel et au travail en équipe, afin de permettre à l'étudiante de développer ses aptitudes d'analyse et de synthèse. Il est évident que le contenu est orienté particulièrement sur les soins infirmiers, mais il ne faudrait pas négliger l'aspect physio-pathologique au profit de l'aspect psychologique et sociologique. Nous croyons que la forme d'application suggérée permettra à l'étudiante d'effectuer un transfert des connaissances générales des concepts dans des situations fictives et, par la suite, dans des situations cliniques, ce qui nous permettra d'atteindre vraiment le but de notre recherche, soit de réduire l'écart entre la théorie et la pratique.

Une autre condition à la qualité de l'application de la méthode conceptuelle réside dans la préparation des professeurs impliqués. Nous croyons que les professeurs de l'équipe 601 (médecine-chirurgie) doivent approfondir leurs connaissances des concepts développés avant d'appliquer la méthode. Pour ce faire, ils doivent modifier en profondeur leurs modèles d'apprentissage et d'enseignement, c'est-à-dire mettre de côté le modèle médical qui était à la base de leur formation et de leur enseignement. Nous prévoyons donc l'application de la méthode conceptuelle pour janvier 1982 afin de permettre aux professeurs d'intégrer la méthode conceptuelle et de bâtir des instruments pédagogiques favorisant son application.

Notre recherche a suscité beaucoup d'intérêt au sein du département des Techniques infirmières et particulièrement au sein de l'équipe 401 (pédiatrie) qui désire appliquer une méthode conceptuelle pour l'enseignement théorique des soins infirmiers en pédiatrie. Nous envisageons une intégration des deux équipes 401 et 601, car on y retrouve les mêmes concepts. Il s'agit alors de choisir des situations plus spécifiques à l'enfant pour illustrer ces concepts.

Nous souhaitons ardemment que la méthode conceptuelle pour l'enseignement théorique se généralise à l'ensemble du département des Techniques infirmières de Bois-de-Boulogne, afin d'assurer une plus grande cohérence dans l'enseignement théorique et clinique et ainsi favoriser l'apprentissage de l'étudiante par la méthode conceptuelle.

ANNEXE I

ANALYSE DES CONCEPTS

ACUITE

Attributs communs

1. Intensité
2. Urgence
3. Besoin de soins immédiats
4. Intensité des sensations

Marge

1 Etat menaçant la vie
2. Etat non menaçant la vie
3. Problème survenant rapidement non menaçant pour la vie

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Système biologique en cause
2. Endroit où les soins sont donnés
3. Quantité d'actions requises

Sous-concepts

Formulation 1:	Formulation 2:	Formulation 3:
- Réponse du client	- Douleur	- Douleur aigue
- Mécanismes de défense: . local . général	- Etat de choc	- Etat de crise
- Gravité, degré	- Réponse physiologique	- Etat de choc
- Réversibilité	- Réactions	- Impuissance
- Invasion	- Anxiété	
- Adaptation	- Abandon	
- Décompensation	- A la merci de ...	
- Epuisement		

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: infarctus du myocarde, hémorragie digestive, colique néphrétique.

Situation de l'infarctus du myocarde

01.	Douleur thoracique irradiant aux bras, cou, épaules	Retenu
02.	Pâleur et froideur des téguments	Retenu
03.	Se plaint beaucoup	Rejeté
04.	Reste immobile	Rejeté
05.	Trouble respiratoire	Retenu
06.	Anxieux et agité	Retenu
07.	Position semi-assise	Retenu
08.	Cyanose	Rejeté
09.	Solutés et sonde urinaire	Rejeté
10.	Reçoit beaucoup de médicaments	Retenu
11.	Moniteur cardiaque	Retenu
12.	Sensation d'étouffement	Retenu
13.	Transpiration abondante	Retenu
14.	Peur de mourir, de fermer les yeux, de s'endormir	Retenu
15.	Homme jeune et stressé	Rejeté
16.	Se laisse traiter sans rien dire	Retenu
17.	A peu de chance de se reposer vu le grand nombre de personnes à son chevet	Retenu
18.	Reçoit de l'oxygène en permanence	Rejeté
19.	Peu soulagé par les médicaments	Rejeté
20.	Demande qu'on soulage sa douleur	Retenu
21.	Economise son énergie et demeure figé sans bouger	Rejeté
22.	Est souvent incommodé par l'inquiétude du conjoint	Retenu

23. Demande à boire	Rejeté
24. Nauséeux et fait des efforts pour vomir	Rejeté
25. Pouls rapide et filant	Rejeté
26. Hypotension artérielle	Rejeté

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on_voit chez_le client

01. Douleur physique intense et position antalgique
02. Agitation, diaphorèse
03. Pâleur, rougeur, cyanose
04. Respiration difficile
05. Respiration rapide ou lente, laborieuse et bruyante
06. Extrémités froides
07. Perte de conscience
08. Stuporeux
09. Pression artérielle augmentée ou diminuée, pouls rapide ou irrégulier
10. Saignement
11. Oedème généralisé ou localisé
12. Changement dans la réaction pupillaire
13. Changement dans la motricité et la sensibilité
14. Changement dans la qualité et la quantité de l'urine et des selles
15. Vomissements.

Actions qui découlent du concept

01. Avertir le chef de section
02. Demeurer auprès du client afin de surveiller les paramètres
03. Rassurer: tenir la main, l'informer, lui dire qu'on reste avec lui
04. Donner de l'oxygène et mettre en position assise ou semi-assise
05. Exécuter les techniques de soins que requiert son traitement
06. Inhalothérapie, drainage thoracique
07. Calmer la douleur si possible avec médication appropriée
08. Assurer le confort par la position, la chaleur ou la glace
09. Rassurer
10. Garder le lit propre et sec
11. Réchauffer le client
12. Regrouper les actions
13. Pansement approprié
14. Levine et gavage à l'eau glacée
15. Repos au lit strict
16. Dosage des ingesta et des excreta
17. Position en rapport avec l'état du client
18. Exécuter les prescriptions médicales
19. Surveiller les réactions au traitement

Définition

Condition qui entraîne des modifications importantes des signes et des paramètres vitaux et de l'état mental.

IMMOBILITE

Attributs communs

1. Inactivité
2. Restriction de mouvement
3. Dépendance
4. Perturbations physiques et physiologiques
5. Impotence

Marge

1. Perturbations physiques entraînant des perturbations à d'autres niveaux
2. Immobilité complète, relative, absolue
3. Critères d'immobilité: posture, inactivité, restrictions physiques, perceptions sensorielles des stimuli diminuées
4. Adulte

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, âge, race
2. Niveau de développement
3. Environnement
4. Système biologique
5. Potentiel humain
6. Education, valeurs, culture

Sous-concepts

Formulation 1:

- Dépendance, compensation
- Privation de stimuli sensoriels
- Image de soi
- Mobilisation
- Conséquences de l'immobilité
- Exercice

Formulation 2:

- Dépendance
- Exercice
- Conséquences de l'immobilité: physique, psychique, sociale
- Activités de compensation

Formulation 3:

- Privation
- Inactivité

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: fracture et luxation de C_3-C_4, quadriplégique, fracture du fémur.

Situation de fracture du fémur avec traction

01.	Peau sèche, rude, irritée aux points de pression, au coccyx et au talon de la jambe saine	Retenu
02.	Atrophie musculaire de la jambe fracturée	Retenu
03.	Peur de mobiliser la jambe en traction	Rejeté
04.	Tendance à l'oedème	Rejeté
05.	Au lit	Retenu
06.	Troubles digestifs: constipation, flatulence	Retenu
07.	Mange en position couchée	Rejeté
08.	Infection au niveau du clou	Rejeté
09.	Prend des calmants régulièrement	Rejeté
10.	"Flirte beaucoup"	Rejeté
11.	Ne fait pas assez d'exercice	Rejeté
12.	Agressif	Rejeté
13.	Ergothérapie: fier de ses travaux	Retenu
14.	Inquiet	
15.	Risque d'infection à tous les niveaux: osseux, pulmonaire, urinaire	Retenu
16.	Pansement à faire	Rejeté
17.	Callosités et ongles desséchés	Retenu
18.	Hospitalisation longue	Retenu
19.	Isolement social	Retenu
20.	Tête, cheveux gras	Retenu
21.	Désoeuvré, non productif, inactif	Retenu
22.	Besoin de compensations monétaires: accidents du travail	Retenu

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on voit_chez le_client

01. Tractions
02. Escarres de décubitus
03. Tubes (soluté, sonde, ...)
04. Respiration superficielle
05. Paralysie
06. Lit Stryker
07. Plâtres, halo, pinces à glace
08. Moniteur cardiaque
09. Atrophie musculaire, déformation
10. Inconscience
11. Post-op immédiat
12. Peau sèche
13. Constipation
14. Urines troubles et concentrées
15. Prend beaucoup de médicaments
16. Aime taquiner
17. S'ennuie
18. Avance sexuelle
19. Masturbation
20. Dépendance
21. Exigeant pour réaliser ses activités de self-care
22. Aime garder une certaine routine dans ses activités

23. Cheveux gras
24. Souffrance
25. Réticent à la mobilisation
26. Apathique (surtout ACV)
27. Repos au lit, diminution des activités
28. Température
29. Infections: respiratoire, urinaire
30. Risques de phlébite

Actions_qui_découlent_du concept

01. Hygiène et confort
02. Changement de position et massages des points de pression
03. Exercices respiratoires
04. Exercices passifs et actifs
05. Exercices abdominaux (re: constipation)
06. Hydratation
07. Technique de karaya
08. Matelas d'eau, talonnière, "foam"
09. Alimentation: aliments riches en cellulose, modérément élevée en protéines
10. Sortir le malade de la chambre
11. Technique d'installation (technique de Bobath, ...)
12. Assurer la liberté de mouvement malgré les tubes

13. Manipulation du lit Stryker
14. Stimuler à réaliser ses activités de self-care
15. Procurer des divertissements
16. Attitude d'écoute
17. Travailleur social
18. Respecter ses habitudes
19. Aborder l'aspect sexuel

Définition

Situation dans laquelle se trouve un individu aux prises avec des restrictions totales ou partielles dans la réalisation de ses activités de self-care.

MODIFICATION DE L'IMAGE CORPORELLE

Attributs communs

1. Changement d'identité
2. Perte d'une partie du corps
3. Menace de mutilation
4. Evolution de l'image de soi: étapes du développement
5. Changement selon les valeurs
6. Notion de conformité, "normalité"

Marge

1. Situations courantes
2. Extension du problème
3. Degré de la menace
4. Adulte: perturbation physique et affective
5. Vécu du client: valeur, environnement
6. Perte apparente ou non

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, race, âge
2. Niveau de développement
3. Culture, valeurs
4. Environnement, potentiel humain, éducation

Sous-concepts

Formulation 1:	Formulation 2:	Formulation 3:
- Perte de fonction	- Perte	- Normalité
- Négation	- Normalité	- Perte
- Compensation	- Réadaptation	- Changement d'identité
- Adaptation	- Acceptation	

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: amputation, colostomie, craniotomie, hystérectomie.

Situation de colostomie

01. Homme de 55 ans	Rejeté
02. Tumeur du rectum	Rejeté
03. Opéré dans les 48 heures après le diagnostic	Rejeté
04. Sang dans les selles	Retenu
05. Maigrit	Retenu
06. Constipation	Retenu
07. Refuse d'accepter la colostomie	Retenu
08. Ne regarde pas la stomie	Retenu
09. Refuse d'entretenir la colostomie	Retenu
10. Agressif	Retenu
11. Dépendant	Retenu
12. Fait de l'humour noir	Rejeté
13. Pose beaucoup de questions	Retenu
14. Peur	Retenu
15. Peur de dégoûter les gens	Retenu
16. Ne sait pas comment s'habiller	Rejeté
17. Problème de diète	Rejeté
18. Irritation de la stomie	Retenu
19. Infection au périnée	Retenu
20. Sonde à demeure	Rejeté
21. Solutés	Rejeté
22. Pansements	Retenu
23. Mauvaise odeur	Retenu
24. Levine	

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on voit_chez le_client

01. Déformation corporelle
02. Amputation d'un membre
03. Crâne rasé, absence de volet frontal
04. Brûlures
05. Absence d'un sein
06. Client refuse de regarder
07. Isolation
08. Pâlit et transpire lors des changements de pansement
09. Signes d'anxiété, de nervosité
10. Fait des plaisanteries d'un goût morbide et douteux
11. Refuse de recevoir des visiteurs
12. Compense en exagérant: se maquille trop, s'habille mal
13. Agressif
14. Dérangé par les odeurs
15. Peur de la confrontation avec lui et les autres
16. Verbalise des craintes de ne plus être aimé
17. Plaies, cicatrices, pansements
18. Douleur
19. Larmes, signes de dépression
20. Difficulté à s'adapter à la modification
21. Dépendant
22. Refuse de participer à sa rééducation

Actions qui découlent du concept

01. Approche du client avec une attitude d'écoute en suivant son rythme
02. Essayer d'aller au fond du problème
03. Le laisser s'exprimer
04. Respecter ses besoins, les silences
05. L'amener à trouver des moyens de compensation
06. Favoriser le contact avec des personnes auxquelles il pourrait s'identifier
07. L'amener à trouver des solutions et lui en offrir
08. Faire connaître les ressources du milieu
09. Respecter son désir d'avoir les mêmes personnes pour le soigner
10. Soulager la douleur
11. Faire les techniques de pansement avec asepsie
12. Se préoccuper de l'esthétique dans le vêtement
13. Trouver des moyens pour combattre les odeurs (désodorisant)
14. Recourir à la travailleuse sociale ou psychiatrique

Synonymes

1. Image de soi
2. "Self image"
3. "Body image"

Définition

Tout changement corporel apparent ou non de nature à entraîner une réorganisation d'ordre bio-psycho-physico-sociale.

CHRONICITE

Attributs communs

1. Evolution lente
2. Guérison partielle
3. Modification physique lente
4. Périodes de rémission et d'exacerbation
5. Progrès lents, peu ou pas manifestés
6. Activités réduites, impotence ou immobilité
7. Traitement à vie
8. Prend beaucoup de médicaments
9. Etiologie peu ou pas connue

Marge

1. Malade menacé par les complications et conséquences de la maladie
2. Malignité de l'atteinte

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, âge, race
2. Niveau de développement
3. Culture, valeurs
4. Environnement, potentiel humain, éducation
5. Système biologique en cause

Sous-concepts

Formulation 1:

- Immobilité
- Douleur chronique
- Déformation
- Médication
- Réhabilitation
- Phases de la chronicité
- Vieillissement
- Facteurs écologiques
- Habitudes de vie

Formulation 2:

- Déformation
- Douleur
- Dégénérescence
- Impotence
- Dépendance
- Médication
- Phases de la chronicité
- Réajustement

Formulation 3:

- Déformation
- Douleur chronique
- Dépendance
- Réajustement

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: arthrite, maladie de Parkinson, colite ulcéreuse.

Situation de l'arthrite

01. Déformation
02. Inflammation
03. Douleur
04. Activités limitées
05. Impotence
06. Médication importante
07. Effets secondaires des médicaments
08. Utilisation des orthèses
09. Chirurgies fréquentes
10. Morose, résigné
11. Sensible aux conditions météorologiques et climatiques
12. Craint les crises
13. Physiothérapie pour éviter l'ankylose
14. Besoin constant de stimulation
15. Associé aux personnes âgées

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on_voit chez_le client

01. Inactif, résigné, déprimé, agressif, irritable
02. Déformation des articulations
03. Lenteur, non motivé, passif
04. Douleur diffuse
05. Plaie lente à guérir
06. Réclame constamment ses médicaments
07. Tient à ses habitudes, à sa routine
08. S'adapte mal aux changements
09. Vieillissement précoce, vieillesse
10. Montre des signes d'ennui
11. Isolé
12. Mauvaise coloration de la peau
13. S'alimente mal, mauvaise hygiène corporelle
14. Constipé
15. Dépendant de tout

Actions qui découlent du_concept

01. Donner du support: écouter, voir ensemble des solutions possibles, faire participer aux soins, l'informer des ressources, donner un sentiment d'utilité

02. Communiquer avec la physiothérapie et l'ergothérapie
03. Hydrothérapie: offrir un bain dans la baignoire pour exercices
04. Installation et soins de confort
05. Stimuler à faire les exercices
06. Renseigner sur les médicaments
07. Demander l'aide des experts si dépendance médicamenteuse
08. Informer sur les ressources sociales
09. Utiliser sa créativité pour se distraire, se motiver et devenir autonome
10. Organiser des activités de groupe
11. Le stimuler à se prendre en charge
12. L'aider à se sentir mieux, modifier l'environnement, donner des responsabilités
13. Impliquer la famille
14. Soins de la peau attentifs
15. Conseiller sur l'alimentation
16. Eduquer sur l'hygiène et ses bienfaits
17. Enseigner des techniques de soins qui vont soulager la douleur
18. L'aider à accepter ses limites et à changer ses habitudes en fonction de ses limites

Synonymes

1. Maladie longue, chronique, à évolution lente
2. Maladie dégénérative

3. "Long term illness"
4. "Chronic pain"

Définition

Etat dans lequel se trouve une personne atteinte d'une maladie à évolution lente et progressive entraînant des modifications structurales ayant des conséquences sur le comportement et les attitudes face à la vie, dans ses activités de self-care.

READAPTATION

Attributs communs

1. Incapacité, handicap physique
2. Motivation, prévention tertiaire
3. Participation, récupération totale ou partielle
4. Indépendance
5. Modification de l'image corporelle
6. Acceptation

Marge

1. Adulte atteint d'une incapacité physique
2. Récupération fonctionnelle à long terme et à court terme
3. Incapacité temporaire ou permanente

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, âge, race
2. Niveau de développement
3. Culture, valeurs

4. Environnement, potentiel humain, éducation

5. Système biologique en cause

Sous-concepts

Formulation 1:	Formulation 2:	Formulation 3:
- Physiothérapie	- Réinsertion sociale	- Rééducation sexuelle
- Autonomie	- Rééducation motrice	- Rééducation motrice
- Encouragement, support	- Rééducation des sphyncters, du langage	- Rééducation cardiaque
- Réinsertion sociale	- Appareillage orthopédique	
- Isolement	- Motivation	
- Education de la société		
- Prothèses, orthèses		
- Devoirs de la société face aux handicapés		

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: hémi, para, quadriplégie, sortie d'un plâtre, amputation, hernie discale, aphasie, cataracte, colostomie, ulcère gastrique et duodénal, tumeur cérébrale, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral.

Situation d'un accident vasculaire cérébral

01.	Hémiplégie droite	Retenu
02.	Aphasie ou dysphasie	Retenu
03.	Pleure ++++++, très sensible	Rejeté
04.	Dépressif, agressif	Rejeté
05.	Instabilité émotive	Rejeté
06.	Fait semblant de comprendre	Rejeté
07.	Incontinence urinaire et fécale	Retenu
08.	Confus par périodes	Rejeté
09.	Désorienté dans le temps et l'espace	Rejeté
10.	Rougeur au dos et aux fesses, peau sèche	Rejeté
11.	Rotation externe du pied droit	Retenu
12.	Epaule tombante	Retenu
13.	Dépendance pour les self-care	Retenu
14.	Paralysie faciale, paupière tombante	Retenu
15.	Spasmes, clonus du pied paralysé	Retenu
16.	Difficile de lui donner une bonne position	Retenu
17.	Se fatigue rapidement	Retenu
18.	Ne peut se mobiliser seul	Rejeté
19.	Perte de mémoire	Retenu
20.	Motivation variable	

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on voit_chez le_client

01. Chaise roulante ou béquilles
02. "Patte folle" ou maigre
03. Boiterie, claudication
04. Paralysie
05. Difficulté à manger
06. Difficulté à parler, aphasie
07. Amputé d'un membre
08. Incontinence urinaire ou fécale, urine concentrée ou trouble
09. Impuissance sexuelle
10. Découragements, pleurs
11. Humeur labile, agressif
12. S'ennuie, se plaint de la lenteur des progrès
13. Douleur et fatigue dues aux exercices
14. Inquiet de son sort, de son travail, de sa famille
15. Préoccupations sociales, familiales et financières
16. Problèmes de peau: sèche, rouge
17. Déformation, atrophie musculaire
18. Faiblesse musculaire
19. Constipation, présence de fécalome
20. Infection urinaire, calculs
21. Se plaint d'attendre après tout le monde: professionnels de la santé
22. Doit faire face à des formalités compliquées

23. Attend un placement
24. Se déplace souvent dans les autres services
25. Trachéotomisé ou laryngectomisé
26. Manque de coordination: se lave et mange difficilement
27. Se blesse facilement à cause de la perte de sensibilité
28. Gêné de montrer ses handicaps, s'isole

Actions qui découlent de ce concept

01. Enseigner les techniques de manipulation de chaise roulante
02. Enseigner les techniques de transfert du lit à la chaise
03. Enseigner les techniques de béquilles
04. Accompagner le client dans les autres services pour apprendre
05. Consulter l'ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste
06. Exercices et pansement du moignon
07. Soins des amputés
08. Encourager les progrès
09. Accepter et aider durant les périodes de dépression
10. Renseigner et mettre en contact avec les personnes-ressources
11. Renseigner sur les ressources communautaires
12. Assister dans l'installation, manipulation et entretien des appareils, orthèses, prothèses
13. Faciliter les périodes de repos
14. Ecouter et être patient
15. Rendre l'environnement agréable

16. Choisir ses voisins de chambre
17. Evaluer les progrès, fixer des objectifs atteignables
18. Trouver des moyens de communication
19. Stimuler et encourager constamment
20. Techniques de rééducation des sphyncters
21. Encourager à s'exprimer sur les problèmes sexuels
22. Mettre en contact avec la travailleuse sociale
23. Faire participer la famille
24. Identifier les étapes de la réadaptation afin de mieux aider
25. Respecter la phase où il se trouve
26. Aider à s'identifier avec d'autres handicapés

Synonymes

1. Réhabilitation
2. Physiothérapie
3. Convalescence
4. Récupération
5. Exercices
6. Prothèses

Définition

Période pendant laquelle une variété d'activités sont mises à profit pour permettre à une personne de récupérer l'usage de ses fonctions perdues ou diminuées.

ENVAHISSEMENT

Attributs communs

1. Implique pénétration dans l'organisme
2. Implique occupation
3. Entraîne des modifications fonctionnelles et structurales
4. Menace à l'image de soi

Marge

1. Implique l'envahissement par un agent externe: allergie, bactérie, traumatisme, facteur intoxicant
2. Implique l'envahissement par un agent interne: auto-envahissement, cancer, tumeur, système immunitaire
3. Réversible, irréversible

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, race, âge
2. Niveau de développement
3. Culture, valeurs

4. Environnement, potentiel humain, éducation

5. Système biologique en cause

Sous-concepts

Formulation 1:	Formulation 2:	Formulation 3:
- Radiothérapie	- Processus tumoral	- Processus infectieux
- Chimiothérapie	- Processus infectieux	- Processus tumoral
- Chirurgie, mutilation	- Phénomène de lutte	
- Prophylaxie		
- Peur, inquiétude		
- Phénomène de combat (lutte)		
- Douleur		
- Repos		
- Antibiothérapie		

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: cancer, infection, abcès cérébraux, pneumonie, hépatite, pyélonéphrite, cystite, septicémie, otite, ostéomyélite, infection des voies respiratoires supérieures, cholécystite, pancréatite, colite, rhinite, asthme.

Situation d'un cancer du sein

01.	Femme de 42 ans, n'a pas eu d'enfant	Rejeté
02.	Paniquée, pleure, nie	Rejeté
03.	Colère, inquiétude, peur	Retenu
04.	S'agite pour obtenir des traitements	Retenu
05.	Impatiente de la lenteur du système	Rejeté
06.	Se sent seule, se croit seule avec un tel problème	Rejeté
07.	Tumorectomie	Rejeté
08.	Se pose des questions sur son pronostic	Retenu
09.	Se pose des questions sur son traitement	Retenu
10.	S'inquiète sur son image corporelle	Retenu
11.	Douleur en post-op	Rejeté
12.	Douleur	Rejeté
13.	Amaigrissement	Retenu
14.	Chimiothérapie et radiothérapie	Rejeté
15.	Peau brûlée et enflammée	Rejeté
16.	Essoufflement (re: atélectasie pulmonaire)	Rejeté
17.	Nausée, formule sanguine basse	Rejeté
18.	Grande fatigue, perte de cheveux	Retenu
19.	Doit modifier des habitudes	Retenu
20.	Doit accepter les limites imposées	Retenu

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce_que_l'on voit_chez le_client

01. Angoisse
02. Tubes ++++, appareils sophistiqués
03. Maigre
04. Eruptions, cicatrices
05. Modifications des signes vitaux et fièvre
06. Masse, orifice, plaie
07. Douleur
08. Solutés avec antibiotique
09. Modification des signes vitaux
10. Modification de l'image corporelle
11. Restriction des activités
12. Technique d'isolement
13. Gingivite, perte de cheveux, perte d'appétit
14. Fatigue
15. Inquiète face aux examens
16. Veines éclatées (re: prises de sang et sérums)
17. Ecchymoses
18. Radiothérapie, chimiothérapie
19. Vomissements, brûlures à la peau, fatigue
20. Démunie, à la merci de l'horaire, des traitements
21. Insomnie
22. Pansements

23. Moments de désespoir, abattue, déprimée, pleure
24. Parle de la mort, fait des sous-entendus
25. Phénomène de la perte
26. Tendance à s'isoler, peur d'être confrontée avec les autres et avec soi
27. Peur d'être une charge mais reconnaît son besoin d'aide
28. Peur d'être abandonnée

Actions qui découlent du concept

01. Soins d'hygiène
02. Techniques d'asepsie
03. Nursing des intra-veineuses, surveillance, ...
04. Favoriser le repos, regrouper les soins, baisser les toiles
05. Soins de la peau
06. Technique de pansement
07. Renseigner sur les trucs pour prévenir les nausées
08. Soulager la douleur
09. Soins spécifiques reliés à la radiothérapie et à la chimiothérapie
10. Soins spécifiques reliés à l'hyperthermie
11. Développer des techniques de communication
12. Soulager la douleur physique et morale
13. Enseigner des mesures de sécurité
14. Technique d'isolement
15. Aider au choix du menu
16. Antibiothérapie: surveillance spécifique

17. Chimiothérapie: soins reliés à ces traitements
18. Soins de la bouche
19. Informer sur les ressources communautaires
20. Soins reliés aux tubes et aux appareils

Synonymes

1. Invasion, cancer
2. Infection
3. Radiothérapie
4. Chimiothérapie
5. "Invasiveness"

Définition

Invasion de l'organisme par des agents externes ou internes pouvant entraîner des perturbations à tous les niveaux.

DEREGLEMENT DES FONCTIONS

Attributs communs

1. Diminution, ralentissement de l'efficacité
2. Réponses inadéquates
3. Modifications des structures
4. Limites, dérèglement des fonctions (hyper, hypo)
5. Anarchie cellulaire
6. Agitation, accélération
7. Compensation

Marge

1. Adulte en hyper ou en hypo.

Caractères n'influençant pas l'inclusion ou l'exclusion du concept

1. Sexe, âge, race
2. Niveau de développement
3. Culture, valeurs

4. Environnement, potentiel humain, éducation
5. Système biologique en cause

Sous-concepts

Formulation 1:

- Equilibre
- Déséquilibre
- Insuffisance
- Régulation hormonale
- Régulation nerveuse
- Rythmes circadiens
- Vieillissement
- Stress chronique

Formulation 2:

- Homéostasie
- Rythme biologique
- Déséquilibre (hyper-hypo)
- Mécanisme de compensation
- Décompensation

Testing

Exemples de situations illustrant le concept: diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, artériosclérose.

Situation d'un diabétique

01. Femme de 45 ans, obèse	Rejeté
02. Polyurie, polydypsie, polyphagie	Retenu
03. Haleine cétonique	Retenu
04. Urine malodorante	Retenu
05. Ongles d'orteils épais	Rejeté
06. Peau sèche	Retenu
07. Infection vaginale	Rejeté
08. Triche sur la diète	Rejeté
09. S'endort souvent après les repas	Retenu
10. Baisse de la vue	Retenu
11. Plaie au pied qui ne guérit pas	Rejeté
12. Très fatiguée	Retenu
13. Sédentaire, pas de loisirs	Rejeté
14. Glycémie à 195	Retenu
15. Obèse	Retenu

Identification des stimuli en rapport avec le concept

Ce que l'on voit chez le client

01. Peau de couleur brun foncé, grise, cyanosée
02. Peau froide, moite, diaphorèse
03. Maigreur, obésité

04. Hyperactivité, hypoactivité
05. Haleine fétide, cétonique, uréique
06. Problèmes d'élimination
07. Troubles émotifs
08. Troubles digestifs, diarrhée, constipation, flatulence
09. Cheveux secs, cassants ou gras
10. Acné
11. Fatigabilité, faiblesse
12. Teint jaune
13. Troubles visuels, exophtalmie
14. Troubles circulatoires, pieds froids, bleutés ou blanchâtres
15. Crampes dans les jambes
16. Veines variqueuses
17. Ralentissement moteur
18. Douleur vague généralisée ou localisée, douleur osseuse
19. Polyurie, soif
20. Sensation de faim, perte d'appétit, nausées, vomissements
21. Dyspnée
22. Trouble du langage
23. Confusion, désorientation, irritabilité, agitation
24. Modification des signes vitaux
25. Tachycardie, bradycardie
26. Douleur aiguë au thorax
27. Claudication
28. Restriction spontanée des activités physiques

29. Troubles menstruels, ralentissement intellectuel
30. Modification corporelle, faciès lunaire, pilosité
31. Vergetures, ecchymoses
32. Fractures pathologiques
33. Dépression, dérèglement psychique

Actions qui découlent du concept

01. Prendre les signes vitaux et les signes neurologiques
02. Hygiène et confort, soins génitaux
03. Soins de la bouche
04. Economiser l'énergie: regrouper les soins, aider à planifier, doser les activités, s'allonger fréquemment, restreindre les activités, les visiteurs, fermer la porte, éviter les situations stressantes
05. Soulager la douleur avec des moyens simples
06. Dosage des ingesta et des excreta, limiter ou forcer les liquides
07. Essayer de l'orienter: calendrier, horloge
08. Position, oxygène, aération, faire cracher
09. Respecter le rythme, les besoins
10. Donner médication et renseigner sur les corticoïdes
11. Donner médication et renseigner sur les toni-cardiaques
12. Donner médication et renseigner sur les diurétiques
13. Donner médication et renseigner sur les broncho-dilatateurs
14. Donner médication et renseigner sur les anti-diabétiques
15. Diète spéciale à enseigner, aliments faciles à digérer

16. Eviter les remarques désobligeantes
17. Exercices pour les membres inférieurs
18. Stimuler ou réduire les activités

Synonymes

1. Déséquilibre
2. Insuffisance
3. Débalancement organique ou glandulaire ou hormonal
4. Maladies métaboliques ou endocriniennes
5. "Equilibrium"

Définition

Déséquilibre des fonctions organiques entraînant des modifications physiologiques, physiques, structurales.

Augmentation ou diminution aiguë ou chronique du fonctionnement des organes entraînant des modifications physiologiques, physiques et structurales permanentes ou temporaires.

ANNEXE II

PLAN DE DEVELOPPEMENT ET D'ARTICULATION DES CONCEPTS

Inspiré de Carnevali

	Titre	Nom du concept.
1.	Définition globale	Description générale du phénomène.
2.	Etiologie	Evénements ou changements au niveau des mécanismes d'adaptation pouvant entraîner le phénomène.
3.	Dynamique	Fonctions et mécanismes impliqués, le vécu de la situation, relations personnelles associées.
4.	Différentiation du problème	Identification des critères pour différencier le phénomène d'un autre similaire.
5.	Situations ou populations à risque	Groupes ou individus ou situations que l'infirmière doit considérer pour faire son diagnostic.
6.	Manifestations en rapport avec les sous-concepts	Données objectives et subjectives à observer, se rapportant à chaque sous-concept, qui seront utilisées pour décider si le phénomène observé convient au concept.
7.	Etat de santé recherché	Durée, direction, résultats probables ou possibles.
8.	Exigences de self-care thérapeutiques	Identification des exigences de self-care thérapeutiques en rapport avec les manifestations reliées à chaque sous-concept.
9.	Planification des actions à entreprendre	Planification des objectifs et des actions à entreprendre en fonction des exigences de self-care thérapeutiques reliées à chaque sous-concept.
10.	Evaluation	Critères que l'infirmière et le client peuvent utiliser pour juger de l'efficacité des actions posées en rapport avec les objectifs à atteindre.

ANNEXE III

STATISTIQUES

MORBIDITE - MORTALITE

TAUX COMPARATIF DE MORTALITE
SELON CERTAINES CAUSES
CANADA ET PROVINCES, 1978
(LES DEUX SEXES, POUR 100,000 HABITANTS)

CAUSES	QUEBEC		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)
	Rang	Taux	Province	Taux	
Tous les cancers	1	153.8	N.E. (2e rang)		138.7
Cancer du poumon	1	37.1	N.E. (1) Ontario	37.1 32.3	32.1
Cancer du sein	3	12.2	N.E.	12.8	11.3
Diabète sucré	1	13.3	N.B.	10.3	10.2
Maladies du coeur	1	217.9	N.E.	214.9	202.4
Maladies ischémiques du coeur	3	182.9	Ontario N.E.	192.3 186.9	178.7
Maladies cérébro-vasculaires	2	56.1	T.N.	57.2	50.0
Maladies respiratoires	6	43.1	T.N.-O.	78.5	40.3
Grippe et pneumonie	3	1.6	C.B.	2.6	1.6
Bronchite, emphysème, asthme	2	16.1	Yukon C.B.	16.9 16.1	11.6
Cirrhose du foie	3	12.3	Yukon C.B.	16.9 16.1	11.3
Tous les accidents	8	64.4	T.N.-O. Yukon C.B.	150.2 125.6 77.4	62.7
Suicide	8	12.7	T.N.-O. Yukon C.B. Alberta Sask. Manitoba Ontario T.N.	45.7 26.4 16.2 15.7 15.3 13.9 13.0 2.7	13.5

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)		
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10		
I. - Maladies infectieuses et parasitaires								
. T.B. (appareil respiratoire)	3e	0.7	T.N.	0.9	0.6	Québec Saskatchewan	6e 1er	17.5 39.8
II. - Tumeurs malignes								
. Cavité buccale et pharynx	1er	4.1	N.E.	3.2	3.4			
. Oesophage	3e	2.5	C.B.	3.4	2.8	Québec C.B.	8e 1er	10.0 21.0
. Estomac	5e	9.7	T.N.	14.9	9.3	Québec Terre-Neuve Nouvelle-Ecosse I.P.E.	6e 1er 3e 10e	22.0 64.0 60.0 24.0
. Intestin, rectum non compris	7e	17.8	N.E.	23.9	18.1	Québec Nouvelle-Ecosse Alberta	9e 1er 10e	79.0 141.0 64.0
. Rectum et jonction recto-sigmoïdienne	4e	5.8	C.B. Alberta N.E. (9e)	6.9 4.0 5.2	5.9	Québec Nouvelle-Ecosse	8e 1er	41.0 71.0
. Larynx	1er	2.1	T.N.-O. Sask.	4.6 0.6	1.4	Québec Nouvelle-Ecosse I.P.E.	2e 1er 10e	19.0 24.0 13.0
. Trachée, bronches, poumons	4e	36.5	N.E. Yukon	42.9 9.2	36.6	Québec Nouvelle-Ecosse Alberta	8e 1er 10e	139.0 270.0 124.0

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES					MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)		
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.	CANADA (MOYENNE)	R / 10		
. Os	5e	0.7	I.P.E. 1.6 Manitoba 0.5	0.7	Québec Ontario Terre-Neuve	7e 1er 10e	14.0 24.0 9.0
. Sein	4e	14.6	I.P.E. 18.9 T.N.-O. 4.6	14.1	Québec I.P.E. Terre-Neuve	8e 1er 10e	131.0 261.0 86.0
. Col de l'utérus	9e	3.7	Yukon 9.8 Sask. 2.6	4.3	Québec Nouveau-Brunswick Alberta	6e 1er 10e	31.0 135.0 22.0
. Utérus	3e	4.9	I.P.E. 6.6 T.N. 1.1	4.3	Québec Manitoba Colombie B.	10e 1er 1er	34. 51. 51.0
. Prostate	9e	13.9	N.E. 25.3 T.N. 13.2	16.8	Québec Terre-Neuve Saskatchewan	10e 10e 1er	59.0 5?.0 158.0
. Organes digestifs et péritoine	3e	14.0	C.B. 15.9 T.N.-O. 4.6	13.1			
. Organes respiratoires	6e	0.6	C.B. 0.8 Sask. 0.1	0.6			
. Tissu conjonctif et autres parties molles	9e	0.5	T.N.-O. 2.3 N.B. 0.1	0.6			
. Ovaire, trompe et ligament large	7e	7.3	I.P.E. 13.2 T.N. 3.9	8.5	Québec I.P.E. Terre-Neuve	8e 1er 10e	22.0 77.0 20.0

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)		
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10		
. Vessie	6e	3.7	Man. I.P.E.	4.4 1.6	3.8	Québec Colombie B.	10e 1er	57.0 115.0
. Cerveau et autres parties du système nerveux	4e	4.7	Man. T.N.-O.	5.2 2.3	4.6			
. Leucémies	6e	6.0	Sask. I.P.E.	8.0 3.3	6.2			
. Maladie de Hodgkin	4e	1.0	I.P.E. T.N.	2.5 6.5	0.9	Québec Nouvelle-Ecosse I.P.E.	7e 1er 10e	19.0 42.0 7.0
. Myélome multiple						Québec I.P.E.	10e 1er	11.0 47.0
. Tumeur bénigne du sein						Québec Saskatchewan Colombie B.	5e 1er 10e	31.0 56.0 20.0
III. - Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme								
. Diabète sucré	1er	14.5	T.N.	7.6		Québec I.P.E.	10e 1er	245.0 932.0
IV. - Maladies du sang et des organes hématopoiétiques								
. Anémies par carence en fer						Québec Alberta Manitoba	7e 1er 10e	31.0 47.0 23.0

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)			167
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10			
V. - Troubles mentaux									
. Psychoses	8e	0.7	Ontario N.E.	2.5 0.6	1.6				
. Névroses et autres troubles mentaux non psychotiques	11e	2.1	Yukon T.N.	18.4 1.4	3.4	Québec Alberta Manitoba	9e 1er 10e	294.0 507.0 265.0	
. Schizophrénie						Québec Colombie B. I.P.E.	7e 1er 10e	105.0 215.0 23.0	
VI. - Maladies du système nerveux et des organes des sens									
. Sclérose en plaques	3e	0.9	N.E. T.N.	1.1 0.2	0.8	Québec Saskatchewan Terre-Neuve	8e 1er 10e	19.0 57.0 13.0	
. Epilepsie	5e	1.1	Alberta N.E.	1.6 0.6	1.1	Québec I.P.E.	10e 1er	51.0 158.0	
VII. - Maladies de l'appareil circulatoire									
. Maladies hypertensives avec complications cardiaques	1er	6.8	Sask. N.B.	5.0 2.6	4.4				
. Maladies ischémiques du coeur	8e	192.2	I.P.E. Alberta Yukon	258.2 161.5 41.5	215.5				

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES					MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)		
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.	CANADA (MOYENNE)	R / 10		
. Autres formes des cardiopathies	6e	26.6	Yukon C.B.	46.1 7.1			
. Maladies cérébro-vasculaires	8e	60.7	C.B. Alberta	73.8 52.7	64.7		
. Maladies des artères, artérioles et capillaires	8e	22.0	I.P.E. T.N.	50.8 14.8			
. Embolies, thromboses veineuses	8e	4.1	Man. C.B.	10.8 3.2			
VIII. - Maladies de l'appareil respiratoire							
. Bronchite, emphysème, asthme	2e	15.3	C.B. T.N.	22.3 4.0	12.5		
. Emphysème					Québec I.P.E.	10e 1er	30.0 101.0
II. - Maladies de l'appareil digestif							
. Ulcère de l'estomac et du duodénum	8e	2.1	Sask. T.N. I.P.E.	3.8 1.6 1.6	2.7	Québec Nouvelle-Ecosse Saskatchewan	10e 1er 9e	203.0 374.0 328.0
. Occlusion intestinale et hernie	8e	2.3	N.E. Alberta	3.7 2.2			

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)			12
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10			
. Cirrhose du foie	3e	12.6	C.B. I.P.E.	18.6 4.1	12.1	Colombie B. Québec Terre-Neuve	1er 3e 10e	129.0 95.0	
I. - Maladies des organes génito-urinaires									
. Néphrite aiguë	4e	0.4	N.E. C.B.	1.1 0.0	0.3	Québec Saskatchewan Nouveau-B.	7e 1er 10e	5.0 12.0 1.0	
. Infections rénales	6e	1.0	C.B. T.N.	1.8 0.7	1.3	Québec I.P.E.	10e 1er	52.0 327.0	
XIII. - Maladies du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs									
. Arthrite et spondylite	8e	0.9	C.B. T.N.	2.3 0.7	1.1				
. Arthrite rhumatoïde et affections apparentées						Québec Terre-Neuve Colombie B.	10e 9e 1er	59.0 75.0 144.0	
. Psoriasis et troubles similaires						Québec Nouvelle-Ecosse Alberta Manitoba	5e 1er 10e 10e	20.0 32.0 13.0 13.0	

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)			
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10			
. Eczémas et dermites						I.P.E. Saskatchewan Québec	1er 2e 10e	213.0 171.0 26.0	
XVI. - Symptômes et états morbides mal définis									
. Céphalée						Québec I.P.E. Saskatchewan	10e 1er 2e	16.0 112.0 69.0	
. Urémie						Québec I.P.E. Ontario	10e 1er 2e	4.0 23.0 20.0	
XVII. - Accidents, empoisonnements et traumatismes. Cause extérieure. Accidents de véhicule à moteur.									
. De la circulation	8e	24.0	Yukon N.E.	36.9 26.9	21.7				
. Suicide	8e	14.2	T.N.-O. Yukon C.B. T.N.	55.0 32.3 18.3 2.6	14.8				
. Fractures du crâne	5e	19.3	Yukon C.B.	41.5 13.4		Québec I.P.E. N.B.	9e 1er 2e	9.0 36.0 32.0	

DECES ET TAUX (pour 100,000 habitants) SUIVANT LA CAUSE // CANADA ET PROVINCES						MORBIDITE / DEPARTS ET TAUX (pour 100,000 habitants) 1977 (HOSPITALISATION)		
CAUSES	QUEBEC (R/12)		AUTRES PROV.		CANADA (MOYENNE)	R / 10		
. Fracture du col du fémur						Québec I.P.E. Saskatchewan Ontario	10e 1er 2e 2e	98.0 280.0 208.0 208.0
. Commotion cérébrale						Québec Saskatchewan I.P.E.	10e 1er 2e	73.0 282.0 264.0
. Fracture de la colonne vertébrale et du tronc	8e	2.8	Yukon Sask. Alberta	4.6 5.9 5.5				
. Fracture des membres	2e	5.6	C.B. I.P.E.	5.7 0.8				
. Traumatismes intra-crâniens, sauf la fracture du crâne	9e	9.8	T.N.-O. Sask.	29.8 14.4				
. Traumatismes internes	6e	15.5	T.N.-O. I.P.E. C.B.	32.1 17.2 16.8				
. Brûlures	8e	2.5	Yukon Man.	9.2 4.0				
. Effets des substances chimiques	11e	6.8	C.B. Alberta	16.0 12.9				

ANNEXE IV

CEDULE DE RENCONTRES AVEC L'EQUIPE 601

Dates prévues	Objectifs
27 janvier 1981, de 10h à 12h	Informer l'équipe sur le déroulement du projet de recherche. Lecture préalable: mémoire de présentation à la DGEC. Initier l'équipe à la méthode choisie par le biais des deux articles de fond: . Teaching Medical Surgical Nursing by Concepts; . Conceptualizing a Nursing Skill.
17 février 1981, de 10h à 12h	Présenter à l'équipe le développement des concepts.
17 mars 1981, de 10h à 12h	Consulter l'équipe sur le choix des situations illustrant chacun des concepts.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES:

BELAND, Irène L., Clinical Nursing: Pathophysiological and Psychosocial Approaches, New York, The Macmillan Co., 2nd ed., 1970.

BROCKMANN, Claire K., Essentials of Nursing, Philadelphie, W.B. Saunders Co., 1969.

BRUNNER, Lilian et Doris SUDDARTH, Traité des soins infirmiers en médecine-chirurgie, Ottawa, Editions du Renouveau Pédagogique, 1979.

BURKHALTER, Pamela K. et Diana L. DONLEY, Dynamics of Oncology Nursing, New York, McGraw-Hill Co., 1978.

CAMPBELL, Claire, Nursing Diagnosis and Interventions in Nursing Practice, New York, John Wiley and Sons, 1978.

CARLSON, Carolyn E., Behavioral Concepts and Nursing Intervention, Philadelphie, Lippincott Co., 1970.

COUSINS, Norman, La volonté de guérir, Paris, Ed. Seuil, 1980.

DU GAS, B.W., Introduction aux soins infirmiers, Montréal, Les Editions H.R.W. Ltée, 1980.

HOGAN, Rosemarie, Human Sexuality:a Nursing Perspective, New York, Appleton-Century Crafts, 1980.

JONES, Dorothy A., Claire FORD-DUNBAR et Morey MARMOLL-JIROVE, Medical Surgical Nursing: A Conceptual Approach, New York, McGraw-Hill Co., 1978.

LALONDE, Marc, Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1974 (document de travail).

LE SHAN, Lawrence, You can fight for your life, New York, M. Evans and Co. Inc., 1980.

MATHENEY, Ruth V. et coll., Fundamentals of Patient-Centered Nursing, Saint-Louis, C.V. Masley Co., 1968.

METHENY, N.M. et W.D. SNIVELY, Nurses' Handbook of Fluid Balance, Toronto, J.B. Lippincott Co., 1979.

MITCHELL, Pamela, Concepts Basic to Nursing, New York, McGraw-Hill Co., 1973.

OREM, Dorothea, Nursing: Concepts of Practice, New York, McGraw-Hill Co., 1971.

REDMAN, Barbara K., The Process of Patient Teaching in Nursing, Saint-Louis, Mosley Co., 1968.

RIFFLE, Kathryn, Rehabilitative Nursing, Case Seedies, New York, Medical Examination Publishing Co. Inc., 1979.

ROBERTS, Sharon L., Behavioral Concepts and the Critically Ill Patient, New Jersey, Prentice Hall Inc., 1976.

SIMONTON, Carl O. et Stéphanie MATTHEWS-SIMONTON, Getting Well Again, New York, J.P. Tarcher Inc., 1978.

THIBAUDEAU, Marie-France et Nicole MARCHAK, L'enseignement au malade, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1974.

VANDER, A.J., J.H. SHERMAN et D.S. LUCIANO, Physiologie humaine, Montréal, McGraw-Hill, 1977.

WATSON, Jeannette, Medical Surgical Nursing and Related Physiology, Philadelphie, W.B. Saunders Co., 1972.

ARTICLES:

ADAMS, Margaret et al., "Psychological Response in Critical Care Units", A.J.N., vol. 78, no 9, septembre 1978, pp. 1504-1512.

ASPINALE, Mary Jo., "Scoring against nosocomial infections", A.J.N., vol. 78, no 10, octobre 1978, pp. 1704-1707.

BALL, P. et C.R. LEE, "Some thoughts on the psychology of the coronary care unit patient", A.J.N., vol. 75, no 9, septembre 1975, pp. 1498-1501.

BEGG-MARINO, Elizabeth et Dona HARRIS-LEBLANC, "Cancer Chemotherapy", Nursing 75, novembre 1975, pp. 23-33.

BOISVERT, Cécile, "L'intervention de l'infirmière en période de crise", L'infirmière canadienne, vol. 13, no 5, mai 1971, pp. 18-20.

BOLIN, Rose Homan, "Sensory Deprivation: an Overview", Nursing Forum, vol. 13, no 3, 1974, pp. 240-259.

BOUCHARD, Louise, "La chimiothérapie du cancer: un défi à relever", L'infirmière canadienne, vol. 21, no 4, avril 1979, pp. 18-26.

BOUTIN, Jeanne et coll., "Le défi de la chronicité", L'infirmière canadienne, vol. 18, no 5, mai 1976, pp. 18-21.

BURNS, Nancy, "Cancer Chemotherapy: a systemic approach", Nursing 78, février 1978, pp. 56-62.

BUEHLER, Janice A., "What contributes to hope in the cancer patient?", A.J.N., vol. 75, no 8, août 1975, pp. 1353-1356.

CAREY, Phyllis, "Temporary Sexual Dysfunction in Reversible Health Limitations", N.C. of N.A., vol. 10, no 3, septembre 1975, pp. 575-587.

CARNEVALI, BRUECKNER, "Immobilization: Reassessment of a Concept", A.J.N., vol. 70, no 7, juillet 1970, pp. 1502-1507.

CASHATT, Barbara, "Pain: a patient's view", A.J.N., vol. 72, no 2, février 1972, pp. 281-

CAYLE, Nessa, "Analgesics at the bedside", A.J.N., vol. 79, no 9, septembre 1979, pp. 1554-1557.

COMI-McCLOSKEY, Joanne, "How to make the most of body image theory in nursing practice", Nursing 76, mai 1976, pp. 68-72.

CORBEIL, Madeleine, "Nursing process for a patient with a body image disturbance", Nursing Clinics of N.A., vol. 6, no 1, mars 1971, pp. 155-163.

CRATE, Majorie A., "Nursing functions in adaptation to chronic illness", A.J.N., vol. 65, no 10, octobre 1965, pp. 72-76.

DANIEL, Evelyn, "Chronic problems in rehabilitation of patients with Laennec's cirrhosis", N.C. of N.A., vol. 12, no 2, juin 1971, p. 345.

DIBLASI, Marie et Carolyn WASHBURN, "The Management of Pain", A.J.N., vol. 79, no 1, janvier 1979, pp. 74-78.

DOWNS, Florence S., "Bed rest and sensory disturbances", A.J.N., vol. 74, no 3, mars 1974, pp. 434-438.

EDDY, Mary E., "Teaching patients with peripheral vascular disease", N.C. of N.A., vol. 12, no 1, mars 1977, pp. 151-159.

ELAND, Joann M., "Lining with Pain", Nursing Outlook, vol. 26, no 7, juillet 1978, pp. 430-431.

ENGSTRAND, Janet L., "Rehabilitation of the patient with a lower extremity amputation", N.C. of N.A., vol. 11, no 4, décembre 1976, pp. 659-669.

GALLAGHER, Ann M., "Body image changes in the patient with a colostomy", N.C. of N.A., vol. 7, no 4, décembre 1972, pp. 669-676.

GIACQUINTA, Barbara, "Helping families face the crisis of cancer", A.J.N., vol. 77, no 10, octobre 1977, pp. 1585-1588.

GRUNDEMANN, Barbara J., "The impact of surgery on body image", N.C. of N.A., vol. 10, no 4, décembre 1975, pp. 635-643.

HAMPTON, Peter, "Coping with the male patient's sexuality, Nursing Forum, vol. 18, no 3, septembre 1979, pp. 305-311.

HAFERBORN, Virginia, "Assessing individual learning needs as a basis of patient teaching", N.C. of N.A., vol. 6, no 1, mars 1971, pp. 199-201.

HAUTMANN, Mary Ann, "Assessment: One factor in effective client teaching", Nursing Forum, vol. 18, no 4, 1979, pp. 405-414.

HELIE, France, "La santé et la culture des Québécois", L'infirmière canadienne, vol. 22, no 9, septembre 1980, pp. 33-34.

HICKS-KUENZI, A., et M. FENTON, "Crisis intervention in acute care areas", A.J.N., vol. 75, no 5, mai 1975, pp. 830-834.

HIPPS, Opal S., "The integrated curriculum: the emperor in naked", A.J.N., vol. 81, no 5, mai 1981, pp. 976-980.

JACOX, Adam K., "Assessing Pain", A.J.N., vol. 79, no 5, mai 1979, pp. 895-900.

JOHNSTON, Daniel, "Crisis intervention skills", The Journal of Practical Nursing, vol. 28, nos. 1, 2, janvier-février 1978, pp. 16-19, pp. 20-23.

JONES, Susan L., "Orthopedic injuries: illness as deviance", A.J.N., vol. 75, no 11, novembre 1975, pp. 2030-2033.

KING, Rosemay, "Rehabilitation of the patient in a spinal cord injury", N.C. of N.A., vol. 15, no 2, juin 1980, pp. 225-245.

KISSINGER, J.F., R. RITZMAN et S. SEYMOUR, "Teaching Medical-Surgical Nursing by Concepts", Nursing Outlook, vol. 22, no 10, octobre 1974, pp. 654-656.

KLAGSBURN, Samuel C., "Communications in the Treatment of Cancer", A.J.N., vol. 71, no 5, mai 1971, pp. 944-948.

LAWRENCE, Sally A. et Rena M. LAWRENCE, "A Model of Adaptation to the stress of chronic illness", Nursing Forum, vol. 18, no 1, janvier 1979, pp. 33-42.

LITTLEFIELD, Vivian, "The surgical patient's sexuality", AORN Journal, vol. 26, no 4, octobre 1977, pp. 649-659.

MACKEY, Christine et Alan W. HOPPEL, "Keeping infections down when risks go up", Nursing 80, juin 1980, pp. 17-21.

MACRAE, Isabel et Gloria HENDERSON, "Sexuality and irreversible health limitations", N.C. of N.A., vol. 10, no 3, septembre 1975, pp. 587-597.

MACVICAR, Mary G. et Pat ARCHBOLD, "A framework for family assessment in chronic illness", Nursing Forum, vol. 15, no 2, février 1976, pp. 180-194.

MANDETTA, Anne T., "Learning about human sexuality. A course model." Nursing Outlook, vol. 22, no 8, août 1974, pp. 525-528.

MCBRIDE-SCHREIER, Ann et Jamie LAVENIA, "The nurse's role in nutritional management of radiotherapy patients", N.C. of N.A., vol. 12, no 1, mars 1977, pp. 173-181.

MCCAFFERY, Margo, "How to relieve your patient's pain fast and effectively with oral analgesics", Nursing 80, novembre 1980, pp. 58-63.

MCCAFFERY, Margo, "Relieving pain with non-invasive techniques", Nursing 80, décembre 1980, pp. 55-57.

MORITZ, Derry Ann, "Understanding anger", A.J.N., vol. 78, no 1, janvier 1978, pp. 81-83.

MURRAY, Ruth L.E., "Body image development in adulthood", Nursing Clinics of North America, vol. 7, no 4, décembre 1972, pp. 617-629.

MURRAY, Ruth L.E., "Principles of nursing intervention for the adult patient with body image changes", N.C. of N.A., vol. 7, no 4, décembre 1972, pp. 697-707.

NELSON, Barbara, "A nursing approach to patients with long-term renal transplants", N.C. of N.A., vol. 13, no 1, mars 1978, pp. 157-169.

PASNAU, Robert O. et Betty PFEFFERBAUM, "Psychologic aspects of post amputation pain", N.C. of N.A., vol. 11, no 4, décembre 1976, pp. 679-685.

REIF, Laura, "Managing a life with chronic disease", A.J.N., vol. 73, no 2, février 1973, pp. 261-264.

ROBINSON, Vera, "Humor in nursing", A.J.N., vol. 70, no 5, mai 1970, pp. 1065-1069.

ROSE, James C., "Nutritional problems in radiotherapy patients", A.J.N., vol. 78, no 7, juillet 1978, pp. 1194-1196.

SEDLOCK, Stéphanie, "Detection of chronic pulmonary disease", A.J.N., vol. 72, no 8, août 1972, pp. 1407-1411.

SMITH, Catherine A., "Body image changes after myocardial infarction", N.C. of N.A., vol. 7, no 4, décembre 1972, pp. 663-668.

SMITH, Marcy J.T. et Hans SELYE, "Reducing the negative effects of stress", A.J.N., vol. 79, no 11, novembre 1979, pp. 1953-1956.

STANLEY, Linda, "Does your own body image hurt patient care?", R.N., vol. 40, no 12, décembre 1977, pp. 50-53.

STRAUSS, Anselm et coll., "Pain: an organizational work, interactional perspective", Nursing Outlook, vol. 22, no 9, septembre 1974, pp. 560-566.

TAGGART, Marge, "Body image: looking beyond the mirror", The Journal of practical nursing, vol. 27, no 7, juillet 1977, pp. 32-33.

THOMPSON, Linda R., "Sensory deprivation: a personal experience", A.J.N., vol. 73, no 2, février 1973, pp. 266-268.

ULLMAN, Montague, "Disorders of body image after stoke", A.J.N., vol. 64, no 10, octobre 1964, pp. 89-91.

WEINER, Carolyn L., "Pain assessment on an orthopedic word", Nursing Outlook, vol. 23, no 8, août 1975, pp. 508-516.

WINSLOW, Elizabeth H., "The role of the nurse in patient education", N.C. of N.A., vol. 11, no 2, juin 1976, pp. 213-222.

WOODS, Nancy Fugate, "Human sexual response patterns", N.C. of N.A., vol. 10, no 3, septembre 1975, pp. 529-539.

AUTRES:

Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, "The control of pain and other symptoms", juillet 1978; pris dans Resource Handbook for the Film "The Last Days of Living", Balfour M. Mount, p. 10.

MOUNT, Balfour, Soins palliatifs dans les maladies terminales; texte d'une conférence donnée à Vancouver, janvier 1978.

SIMARD, René, Le cancer; conférence donnée au collège de Bois-de-Boulogne, mars 1981.

La statistique de l'état civil, vol. 3 (Mortalité, liste sommaire des causes), 1978; catalogue 84-206, annuel, pp. 14-15.